BULLETIN GÉNÉRAL

DE

THÉRAPEUTIQUE

MÉDICALE ET CHIRURGICALE.

TYPOGRAPHIE HENNUYER, RUE DU BOULEVARD, 7. BATIGNOLLES.
Boulevard extérieur de Paris.

BULLETIN GÉNÉRAL

DE

THÉRAPEUTIQUE

MÉDICALE ET CHIRURGICALE.

Recueil Pratique

PUBLIÉ

PAR LE DOCTEUR DEBOUT,

MÉDECIN DES DISPENSAIRES, ANCIEN INTERNE DES HOPITAUX,
MEMBRE DE LA SOCIÉTÉ DE MÉDECINE ET DE LA SOCIÉTÉ DE CHIRURGIE,
RÉDACTEUR EN CHEF.

TOME QUARANTE-SIXIÈME.



PARIS.
CHEZ LE RÉDACTEUR EN CHEF, ÉDITEUR,
RUE THÉRÈSE, N° 4.

1854

BULLETIN GÉNÉRAL

DE

THÉRAPEUTIQUE

MÉDICALE ET CHIRURGICALE.

THÉRAPEUTIQUE MÉDICALE.

COUP D'OEIL SUR NOS TRAVAUX.

Les hommes qui suivent de près le mouvement de la thérapeutique sentent, sans doute, avec nous, le besoin d'en résumer de temps en temps les résultats, et de fixer d'une manière définitive les données pratiques qui en découlent, et marquent un progrès réel. C'est seulement en suivant cette marche que le praticien arrive à sortir de l'ornière tracée par la routine, et a conscience d'être réellement au niveau de la thérapeutique de son temps. Cette sorte de travail si utile, beaucoup le négligent; aussi nous imposons-nous, au début de chaque année, le devoir d'en tracer une esquisse, en rappelant les perfectionnements des méthodes curatives accomplis dans l'année écoulée. N'est-ce pas d'ailleurs la meilleure manière de mettre en relief l'influence que le *Bulletin* exerce dans ce mouvement?

En tête des médications sur lesquelles semblent se concentrer les efforts des expérimentateurs vient se placer l'emploi de l'iode. L'action de cette précieuse substance a été plus spécialement étudiée en ces derniers temps, comme modificateur local, ou en lavements dans les cas de dyssenterie, par M. Delioux, ou en applications topiques dans l'érysipèle et la péritonite puerpérale; affections dans lesquelles l'agent médicamenteux semble déterminer l'absorption rapide de l'exsudation plastique déposée dans le tissu aréolaire sous-jacent, comme le démontre M. Norris. Mais c'est surtout en poursuivant les essais d'injections au sein des cavités closes, méthode dont M. le professeur Velpeau a doté la thérapeutique, que les expérimentateurs arrivent à élargir le cercle de l'intervention heureuse de l'art. M. Chassaignac nous en a offert un

premier exemple, en publiant un cas de spina bifida, guéri par une injection iodée ; et M. Aran nous en a fourni un second, en rapportant une observation de pleurésie chronique, avec abondant épanchement purulent, guérie d'une manière presque immédiate par le même moyen. Les bons résultats donnés par les injections iodées dans les abcès enkystés ont incité notre collaborateur à cet essai ; car, là où le produit morbide est le même, le travail pathologique est identique et réclame l'emploi du même moyen. Si de nouveaux faits sont nécessaires pour mettre hors de doute la valeur de ces nouveaux traitements, il n'en reste pas moins établi, par ceux mis sous les yeux de nos lecteurs, que les injections iodées sont loin de présenter les dangers que l'on avait supposés *à priori*.

Un point important pour assurer l'innocuité de l'emploi de ce moyen puissant est de tenir compte des règles de conduite si bien tracées par M. Teissier (de Lyon), règles que nous a transmises M. Philipeaux, en nous adressant de nouveaux cas d'épanchements péritonéaux guéris par la médication nouvelle. C'est avec juste raison que M. Teissier s'élève contre les injections formulées à l'avance d'une manière fixe pour tous les cas d'ascite. Elles ne doivent être invariablement ni au quart, ni au cinquième, ni au huitième, mais bien être toujours mises en rapport de composition avec celle de l'épanchement. Les praticiens ne devront pas seulement tenir compte des préceptes posés par M. Teissier, dans les cas d'épanchements péritonéaux. Le degré de concentration du liquide devra être proportionné à l'intensité de la lésion que l'on est appelé à combattre ; or, quoi de plus naturel que de juger de celle-ci par la nature du produit morbide extrait de la cavité dans laquelle on va pousser l'injection ?

Les affections du système nerveux et du système locomoteur fixent depuis des siècles l'attention des hommes les plus haut placés dans la science ; et cependant combien de faits inexpliqués, combien de lacunes à combler dans la pratique ! Heureusement que s'il est des limites imposées à l'intelligence humaine, quant à la recherche des causes, il n'en est pas de même quant aux formules de traitement, grâce à la méthode expérimentale.

Des travaux récents sont venus rappeler qu'il existe des troubles du système nerveux sans lésions matérielles ; des faits nombreux ont été produits ; mais ce qu'il importait surtout, c'était de mettre en relief les moyens curatifs appelés à en triompher. Nous avons fourni notre part de faits appartenant à cette catégorie. L'observation de paralysie secondaire de la vessie, traitée avec succès par le seigle ergoté, par M. Saucerotte ; le cas de paralysie liée à la grossesse, guérie par la strych-

nine, par M. Boulay, en sont des exemples. La dose à laquelle on est forcé de porter ce dernier médicament, pour en obtenir tous les bons effets, nous a engagé à rappeler l'action si remarquable du lait dans les cas d'intoxication par la noix vomique ou ses alcaloïdes.

Une des maladies les plus terribles qui menacent l'homme est l'angine de poitrine, car elle tue presque toujours, a près avoir torturé, pendant un temps plus ou moins long, les individus qu'elle atteint. Ce résultat fatal a provoqué des recherches nombreuses ; malheureusement, il faut le reconnaître, les longues et savantes discussions qui se sont élevées sur la nature et le siége de cette affection n'ont pas fait faire un pas à sa thérapeutique. Aux bons effets de l'emploi de l'inhalation du chloroforme au début des accès d'angine de poitrine, signalés l'an dernier dans ce recueil par M. Carrière, M. Duchenne est venu ajouter un second moyen de triompher de ces paroxysmes : l'emploi de l'excitation électro-cutanée du mamelon et de la région mammaire. Pour faire ressortir l'importance des ressources signalées par ces deux confrères, il suffit de rappeler que c'est presque toujours à la suite des accès que les malades succombent comme foudroyés. Or, arrêter ces accès au début, en éloigner le retour, n'est-ce pas enlever quelque chose au fond de la maladie ? Nous croyons même le moment venu, dans ces cas, de reprendre en sous-œuvre les essais tentés pour combattre l'affection, et nous recommanderons, à cet égard, l'emploi de l'arsenic à la dose de 1 à 3 centigr., surtout dans les cas où l'angine de poitrine se complique de lésion organique du cœur et de l'aorte. Désormais, en présence d'un accès d'angine de poitrine, le praticien ne se trouvera donc plus désarmé.

Une affection nouvelle, longtemps méconnue, a pris rang dans le cadre nosologique et a trouvé de suite son moyen de traitement, dans l'emploi de l'électrisation ; nous avons nommé l'atrophie musculaire progressive. Un cas de torticolis du trapèze et de nouveaux faits de déviations du scapulum par la contracture des muscles rhomboïde et angulaire de l'omoplate, traités avec succès par l'emploi de l'électrisation localisée, prouvent que les recherches persévérantes de M. Duchenne sont couronnées d'un succès complet, puisqu'elles se formulent en applications utiles.

Le hasard arrive aussi quelquefois à mettre en relief de nouvelles ressources thérapeutiques, mais à la condition que le fait ait pour témoin un observateur intelligent. C'est à une circonstance fortuite que M. Corvisart a dû de pouvoir signaler les effets remarquables de la digitaline dans la spermatorrhée. Notre expérience personnelle nous porte aujourd'hui à engager nos confrères à recourir d'abord à cette

substance avant d'employer le lupulin, que nous avons montré agir d'une manière également remarquable dans cette même maladie. Il nous reste maintenant à tracer l'indication spéciale de chacun de ces médicaments, ce que nous espérons pouvoir faire prochainement. Toujours est-il que la thérapeutique de la spermatorrhée, qui se trouvait réduite à l'emploi d'un moyen chirurgical, toujours douloureux, souvent inefficace, la cautérisation, peut enregistrer aujourd'hui deux nouvelles ressources tirées de la matière médicale : la digitale et son alcaloïde, ainsi que le lupulin.

Une médication toujours la même peut-elle arriver à triompher d'un phénomène morbide, quelle que soit l'altération pathologique qui semble la tenir sous sa dépendance? Problème ardu de thérapeutique générale, que deux de nos collaborateurs semblent avoir soumis à l'expérimentation clinique : M. Aran, dans ses recherches sur l'emploi de la vératrine dans le traitement des maladies fébriles, et M. Serre, d'Alais, en nous signalant les résultats du traitement de l'anasarque par la diète sèche lactée et l'oignon cru. Quoi qu'il en soit de l'idée doctrinale qui semble découler de ces travaux, les moyens qu'ils indiquent resteront dans la pratique, les faits qu'ils ont publiés en sont le meilleur garant.

Les anciens faisaient grand cas des mélanges de médicaments, ils en ont même porté l'emploi jusqu'à l'abus. L'école physiologique, en venant faire table rase des enseignements de la tradition et de l'expérience, a entraîné la génération médicale contemporaine dans un excès contraire. Entre l'usage et l'abus, il y a une limite qu'il faut savoir garder : « *Medio tutissimus ibis.* » Quelles sont les ressources réelles présentées par la réunion de plusieurs médicaments dont l'action concourt à un même but? Les résultats de l'association de l'iodure de potassium aux mercuriaux dans le traitement des accidents secondaires de la syphilis sont venus prouver, depuis longtemps, les avantages qui résulteront pour la pratique de grouper les agents médicamenteux, et montrer ainsi toute l'importance de l'art de formuler. M. Devergie s'est chargé d'en développer les preuves, dans un article intitulé : « Des médications composées. »

Une belle et grande question est toujours celle du traitement des fièvres intermittentes ; car Joseph Franck l'a fait remarquer : « Il faut que le médicament soit en rapport avec la fortune du malade. » Or, deux moyens se présentent d'arriver à ce but : la découverte d'un bon succédané du quinquina, ou la détermination d'une dose si miminime du remède héroïque, le sulfate de quinine, que le prix en soit à la portée du pauvre travailleur. MM. G. Delioux et R. Bartella nous ont adressé des travaux fort intéressants à ces deux points de vue. Nous

n'hésitons pas à appeler l'attention de nos confrères sur les conclusions du mémoire de M. Bartella.

Dans les affections cérébrales les plus fréquentes chez les vieillards, ce qu'il est possible de traiter efficacement, ce n'est pas la lésion passible seulement de l'action médicatrice de la nature, mais les conditions physiologiques et pathologiques sous l'influence desquelles cette lésion organique s'est préparée et s'est accomplie. Or, le seul fait pathologique qui, dans ces circonstances, reste dans le cercle de notre influence, est la congestion cérébrale. M. Durand-Fardel nous a tracé, avec un grand talent d'observation, les indications relatives à son traitement.

L'emploi des sangsues est une ressource précieuse dans la thérapeutique des enfants ; mais par cela seul qu'on est obligé d'y recourir journellement, il n'était pas inutile de rappeler les précautions qui doivent présider à leur usage, de mentionner les accidents qui, trop souvent, en sont la conséquence, et de présenter les moyens les plus propres à conjurer le péril qui, dans ces cas, menace les petits patients. C'est ce qu'a fait M. Hervieux.

Ne désespérez jamais d'un malade qui donne signe de vie ! nous a dit M. le professeur Forget, et les faits cités dans cet intéressant travail viennent justifier le précepte du praticien consommé. M. Ancelon nous en a fourni un exemple frappant, et si chacun de nos lecteurs nous avait adressé les observations des patients qui, en dépit de leur pronostic fatal, sont revenus à la vie, notre volume entier n'eût pas suffi à leur publication. Qu'il ressorte de ces faits l'enseignement posé par notre savant collaborateur, que l'agonie n'étant pas toujours suivie de la mort, elle comporte un traitement spécial, comme les autres phases de la maladie, et qu'il faut la combattre dans tous les cas avec la même persévérance, puisqu'on ignore quels sont ceux dans lesquels les secours seront impuissants.

La mission de la presse médicale n'est pas seulement de mettre en relief les acquisitions incessantes de la thérapeutique. Un devoir non moins important à nos yeux lui est imposé, c'est de combler les lacunes que laisse dans l'éducation du praticien l'enseignement incomplet de nos écoles. Nous avons placé sous les yeux de nos lecteurs quelques fragments du cours si éminemment pratique que M. Baillarger professe chaque année à la Salpêtrière, sur les maladies mentales. Nos matériaux sont loin d'être épuisés, nous en reprendrons très-prochainement la publication.

En thérapeutique chirurgicale il est quelquefois possible de préparer le succès des opérations ; nous en avons fourni la preuve en signalant les résultats qui suivent l'emploi des appareils compresseurs,

dans les cas de bec-de-lièvre compliqué de division de la voûte palatine et la saillie de l'os intermaxillaire. La mise en œuvre de ces appareils, en triomphant des lésions spéciales au système osseux, aide à atteindre le but que poursuivent les procédés opératoires appliqués à la face; celui d'obtenir une réunion des parties molles, exempte autant que possible de difformité; en permettant en outre de ne plus opérer de mutilations, elle met les petits patients à l'abri des effets des pertes considérables de sang, si redoutables dans le jeune âge.

Les travaux successifs des chirurgiens ont pleinement éclairé la science sur la nature des tumeurs érectiles et la disposition de leurs éléments anatomiques; mais ces enseignements ne suffisent pas au praticien amené à tirer parti contre ces lésions des ressources de la médecine opératoire. Tantôt les *nævi materni* se produisent à la surface du corps en taches diffuses; tantôt, au contraire, le tissu est rassemblé en tumeurs à base plus ou moins large. L'expérimentation clinique prouve que la vaccination peut être appliquée contre la première forme, même alors que, par leur étendue, les tumeurs érectiles semblent en dehors de toute tentative de traitement : nous en avons fourni deux exemples remarquables; contre la seconde espèce, on mettra en œuvre le procédé ingénieux, si bien formulé par M. Rigal, de Gaillac, la suture enchevillée. Les gravures intercalées dans le texte en rendront l'application facile.

Les déviations utérines, après avoir été complétement négligées, ont repris, grâce aux travaux de M. le professeur Velpeau, leur rang dans la pathologie spéciale à la femme, et leur traitement continue à être le but de recherches persévérantes. Suffit-il de remédier au déplacement en masse de l'organe à l'aide d'un pessaire, et le globe en caoutchouc agit-il seulement en rendant au vagin sa forme, ainsi que le pense M. Gillebert d'Hercourt; ou faut-il d'abord triompher de l'inflexion du corps de l'utérus à l'aide du redresseur intra-utérin, ou mieux combiner l'action du redressement avec la sonde, avec l'emploi du pessaire en caoutchouc vulcanisé, ainsi que l'a développé M. Valleix? Les faits ne sont pas encore assez nombreux pour trancher ces questions.

L'emploi des inhalations anesthésiques dans la pratique des opérations a été le sujet d'une longue et savante discussion au sein de la Société de chirurgie; la publication du résumé si lucide de M. Robert nous a permis de ne pas revenir sur une question largement discutée dans le *Bulletin*.

Tous les faits se lient en médecine, et il est rare qu'un grand progrès réalisé n'amène pas d'améliorations dans d'autres points de la pratique.

Ainsi, les merveilleuses propriétés des anesthésiques, en anéantissant la contractilité musculaire en même temps que la sensibilité générale, sont venues fournir un aide puissant pour la réduction des luxations, surtout dans les cas où les lésions sont compliquées de fractures. Le mémoire de M. Richet, sur la possibilité de réduire les luxations de l'extrémité supérieure de l'humérus ou du fémur, compliquées de la fracture de ces os, montre ce que la thérapeutique chirurgicale est en droit d'attendre désormais de cette nouvelle ressource.

L'opportunité des inhalations dans les accouchements ne peut plus laisser de doute dans l'esprit des accoucheurs. Reste à bien préciser les circonstances dans lesquelles il faut y avoir recours, et surtout comment les agents anesthésiques doivent être employés. Ces points importants de pratique obstétricale, M. Chailly-Honoré en a fait le sujet d'un travail que nos lecteurs ont dû lire avec intérêt.

Les accidents qui accompagnent les tumeurs hémorrhoïdales, compliquées de procidence du rectum, ont appelé l'attention des chirurgiens sur le traitement de ces tumeurs ; bien des méthodes ont été proposées, mais aucune n'est plus puissante et en même temps plus inoffensive que la cautérisation circulaire de la base de ces tumeurs, à l'aide du caustique solidifié. Les faits rassemblés dans le mémoire de M. Alph. Amussat auront porté cette conviction dans l'esprit des praticiens. L'innocuité du procédé a engagé notre jeune confrère à en tenter l'application à la cure de la simple procidence de la muqueuse rectale. Dans les cas où le bourrelet est considérable, comme dans le fait qu'il a publié, l'emploi de la cautérisation semble, en effet, le seul moyen efficace de traitement. A une période moins avancée, et surtout à son début, nous avons montré qu'on pouvait triompher de la chute du rectum, en traitant la paralysie du muscle sphincter de l'anus à l'aide de la strychnine, administrée soit à l'intérieur, comme l'a recommandé M. Schwartz, soit par la méthode endermique, ainsi que M. Duchaussoy en a fourni un exemple ; mais nous n'hésitons pas à donner la préférence à l'excitation électrique localisée dans le muscle sphincter.

Cette esquisse rapide des principaux travaux de la grande école de Paris est loin de représenter la masse des enseignements que nous avons rassemblés. Le *Bulletin* est parvenu à décentraliser le mouvement de la science en appelant nos confrères de la province à travailler directement aux progrès de l'art ; ces travaux, conçus sous d'autres influences doctrinales, comme dans d'autres conditions climatériques, permettent de juger en dernier ressort de la valeur des acquisitions nouvelles.

Ce n'est pas près de nos lecteurs que nous avons besoin d'affirmer qu'il ne s'est accompli aucun progrès réel dans la science, qu'aucun perfectionnement n'a été apporté à une méthode quelconque, soit médicale, soit chirurgicale, sans que nous l'ayons signalé immédiatement. Quelquefois même, témoin de l'ardeur qui caractérise notre époque, n'attendons-nous pas que le progrès soit nettement démontré, ainsi que cela nous est arrivé pour la question de l'emploi du perchlorure de fer. Mais alors nous ne nous en tenons pas à la simple exposition du moyen nouveau, nous cherchons à en relier l'emploi aux indications spéciales et aux principes fondamentaux de la science.

Le *Bulletin* poursuit, on le voit, sa tâche avec persévérance; il réunit les efforts et les recherches du plus grand nombre, les coordonne, les propage, les soumet, par sa publicité, à de nouvelles vérifications. Nous continuerons donc l'œuvre commencée; elle est utile à la science, à l'art, à l'humanité. DEBOUT.

THÉRAPEUTIQUE CHIRURGICALE.

DES HÉMORRHAGIES PÉRIODIQUES QUI COMPLIQUENT LES SUITES DES OPÉRATIONS CHIRURGICALES ET DE L'UTILITÉ DE LEUR TRAITEMENT MÉDICAL.

Par M. BOUISSON, professeur de clinique chirurgicale à la Faculté de Montpellier.

S'il est une preuve de la nécessité d'associer les connaissances médicales proprement dites avec celles qui sont du ressort spécial de la chirurgie, c'est assurément celle qui résulte de l'étude approfondie des causes des hémorrhagies. Le succès du praticien est attaché, beaucoup plus qu'on ne le croit généralement, à la recherche des causes internes et à la détermination de leur influence sur les accidents qui succèdent aux opérations, et celui qui ne verrait, par exemple, dans une hémorrhagie consécutive, qu'un phénomène local, épuiserait, sans profit pour le malade, les ressources, multipliées en apparence, mais bornées en réalité, d'un traitement dirigé sur le lieu même de l'écoulement sanguin. Sans négliger une action topique, il faut chercher ailleurs la véritable indication et remonter jusqu'à l'état général du blessé, afin de voir si la perte de sang ne trouve pas sa source dans des conditions physiologiques ou pathologiques agissant sur l'ensemble de l'organisme. Cette recherche, bien qu'elle soit recommandée depuis les premiers âges de la médecine, n'en paraît pas pour cela plus considérée, au moins si l'on en juge par la regrettable lacune que laissent sur ce point la plupart des auteurs de chirurgie. Nous croyons néan-

moins que cette science ne perdrait rien à ce qu'on appliquât à l'étude des causes internes le zèle et l'esprit d'observation qu'on déploie à reconnaître les phénomènes locaux et objectifs des maladies ou à perfectionner les méthodes opératoires. La vraie science ne veut ni préférence, ni exclusivisme. Les faits de tous les ordres ont leur valeur ; et le progrès, en chirurgie, ne consiste pas moins à découvrir une indication de source médicale qu'à faire connaître dans tous ses détails un fait appréciable par les sens externes.

Quelques observations que nous avons recueillies sur les hémorrhagies périodiques des surfaces traumatiques, qu'elles aient lieu sur une plaie accidentelle ou sur une plaie produite par une opération, prouveront suffisamment l'intérêt et l'utilité inhérents à l'étude de certaines complications générales qui exposent les malades à une espèce particulière d'hémorrhagie.

On sait que parmi les accidents qui entravent le succès des opérations chirurgicales on compte parmi les plus graves les hémorrhagies consécutives. On ne peut méconnaître que ce genre d'accidents n'ait justement préoccupé les hommes de l'art, qu'on n'en ait distingué plusieurs variétés, et que des améliorations réelles, apportées dans la pratique, n'aient limité de plus en plus le nombre des cas où les hémorrhagies consécutives se produisent. Mais il n'en est pas moins juste de constater que les perfectionnements apportés à cette question se rattachent surtout aux précautions locales qui préviennent l'hémorrhagie ou l'empêchent de s'accomplir. Les améliorations successives apportées à l'emploi de la ligature, les études et les expériences faites sur le mode d'oblitération des artères, la détermination de la hauteur du vaisseau à laquelle il faut appliquer le fil pour l'éloigner de telle ou telle collatérale quand on lie un tronc artériel, le degré auquel il faut opérer la constriction du lien, le choix du mode et du moment du pansement, la détermination des meilleurs moyens de compression, de cautérisation ou des autres ressources d'hémostasie locale, tel est le tribut, souvent efficace, qu'ont apporté les opérateurs. Mais, en examinant ce genre de moyens, on est forcé de convenir qu'ils sont bien plus inspirés par la considération de l'accident lui-même que par celle de ses causes, et qu'ils témoignent tout au moins d'une négligence relative apportée dans l'étude de l'état général du malade, état qui peut néanmoins contenir la raison suffisante de l'écoulement sanguin.

Les hémorrhagies consécutives, envisagées sous le rapport de leurs causes, peuvent être distinguées en locales et constitutionnelles. Les premières étaient plus communes peut-être à l'époque où l'hémostatique

chirurgicale n'avait pas reçu le perfectionnement qu'elle possède aujourd'hui, et qu'on doit à une connaissance plus précise de l'état anatomique du système artériel, du degré de résistance de son tissu et du mode d'application des fils. Si l'on consulte les anciens répertoires de clinique chirurgicale, on voit, en effet, que cet accident était souvent dû à des circonstances locales de ce genre; et c'est à l'enseignement que ces faits ont apporté et aux expériences physiologiques sur les animaux vivants qu'on doit d'avoir tracé de bonnes règles pour prévenir les hémorrhagies par cause locale. De nos jours, les hémorrhagies consécutives locales sont moins fréquentes qu'autrefois; mais il n'en est peut-être pas de même des constitutionnelles, parce qu'on n'a pas le même soin à rechercher leur étiologie et à les combattre d'après les indications tirées de cette source.

Parmi les hémorrhagies constitutionnelles qui compliquent les suites des opérations, on connaît celles qui tiennent à la faiblesse du sujet, à la modification de la composition du sang, à une disposition particulière désignée sous le nom de diathèse hémorrhagique; à des influences accidentelles agissant sur l'ensemble de l'organisation, telles que des émotions morales, l'usage intempestif ou prématuré d'aliments ou de boissons excitantes, etc. Les auteurs de chirurgie les signalent avec plus ou moins de détails; certains se contentent de les énoncer, comme pour éviter le reproche de les avoir omises, mais sans donner un long développement à leur étude.

Il est surtout d'autres causes générales qui ne sont pas moins puissantes et qui sont plus souvent méconnues; telles sont celles qui produisent les hémorrhagies fluxionnaires, si bien décrites par M. Lordat (1). Ces hémorrhagies s'accomplissent comme l'expression d'un besoin de l'organisme, soit qu'une pléthore relative les occasionne, soit qu'elles se manifestent en conformité d'une habitude hémorrhagique ou fluxionnaire antérieure. J'ai eu récemment l'occasion d'observer une hémorrhagie de ce dernier genre chez un officier âgé d'environ quarante-cinq ans, sujet à des hémorrhoïdes, et que j'avais opéré d'une fistule à l'anus. Le travail de la cicatrisation fut troublé, chez ce malade, par une fluxion hémorrhoïdale qui se produisit vingt jours environ après l'opération, et donna lieu à un écoulement sanguin abondant et opiniâtre. Le même résultat peut survenir sous l'influence de la disposition fluxionnaire qui se lie à la menstruation, et favoriser les hémorrhagies consécutives, non-seulement sur les solutions de continuité qui intéressent les organes de la génération, mais

(1) *Traité des hémorrhagies.*

même sur des points plus éloignés. M. le docteur Benoît (1), agrégé à la Faculté de Montpellier, a recueilli un fait intéressant de ce dernier genre, qui se produisit à l'occasion d'une opération de cancer mammaire. Pendant le travail de la menstruation, une hémorrhagie, évidemment liée à l'exercice de cette fonction, eut lieu à la surface de la plaie du sein, et ne céda que lorsqu'on eut excité artificiellement un mouvement fluxionnaire plus actif vers la région génitale.

Nous pourrions multiplier les faits qui démontrent la liaison de certaines hémorrhagies consécutives avec des causes générales constitutionnelles, mais il n'est pas dans notre intention d'insister sur les diverses dispositions physiologiques ou pathologiques qui peuvent influer sur la production des hémorrhagies consécutives. Nous désirons surtout fixer l'attention des praticiens sur une espèce d'hémorrhagie très-remarquable par sa marche et son type, et qui se lie à l'existence d'un état morbide si souvent étudié à un autre point de vue ; nous voulons parler des hémorrhagies intermittentes reparaissant à la surface des plaies avec une périodicité comparable à celle des accès de fièvre.

Cette espèce d'hémorrhagie n'est pas aussi rare qu'on serait porté à le penser, d'après le silence des auteurs classiques et d'après la pénurie des observations particulières conservées dans les archives de la science. Non-seulement il n'en est pas fait mention dans nos livres de chirurgie les plus estimés, mais les auteurs mêmes qui ont étudié d'une manière particulière les maladies à manifestation périodique ont omis de signaler cette espèce d'hémorrhagie. Ainsi, l'auteur du *Traité des maladies périodiques sans fièvre*, Casimir Medicus, auquel on doit l'inventaire de toutes les affections où la périodicité joue un rôle, et qui a cité plusieurs cas d'hémorrhagie périodique des surfaces muqueuses, ne parle point de celles qui ont lieu sur les plaies après les opérations. Ce genre d'hémorrhagie consécutive paraît inconnu, ou du moins très-rare, dans les hôpitaux de Paris, où l'affection intermittente est loin elle-même de se montrer aussi fréquemment que dans beaucoup de localités de la France. Mais la même immunité n'existe pas dans tous les hôpitaux où l'on admet des blessés; et nous sommes porté à penser que si l'on avait attentivement vérifié le caractère des hémorrhagies consécutives observées chez les blessés qui résident dans des régions où des fièvres intermittentes sont fréquentes ou graves, en Algérie, par exemple, on eût rencontré des cas analogues à ceux que nous signalerons bientôt. Quoi qu'il en soit, cet accident consécutif des

(1) *Mémoires de médecine et de chirurgie clinique*, t. I, p. 231.

plaies a passé inaperçu à la majorité des chirurgiens qui ont écrit sur les hémorrhagies; et si l'on excepte une brève mention faite par le professeur Sanson (1), d'après une thèse de Montpellier, et un très-petit nombre de faits tronqués ou mal interprétés et qui sont comme égarés dans les journaux de médecine, on n'en trouve aucune description dans les monographies ou dans les traités classiques.

Cette lacune mérite d'autant plus d'être comblée, qu'à Montpellier même, où la connaissance des hémorrhagies intermittentes des opérés a été acquise, on n'a rien publié de particulier sur ce sujet, et que les notions qui s'y rapportent sont restées jusqu'à présent dans la tradition clinique, sans qu'on ait réuni les observations spéciales qui en établissent la réalité et sans qu'on les ait soumises à une interprétation régulière. C'est ce qui nous a déterminé à publier quelques observations recueillies depuis peu de temps dans notre service chirurgical. Les faits que nous rapportons ne sont pas les seuls que nous ayons observés, mais nous n'avons voulu consigner ici que ceux sur lesquels nous avons rédigé des notes précises, qui ne laissent aucun doute sur la réalité du caractère périodique de l'hémorrhagie et sur l'utilité du traitement médical à l'aide duquel cette complication a été enrayée.

Après avoir rappelé les quelques observations recueillies à diverses époques dans la clinique chirurgicale de Montpellier, et qui sont le seul témoignage écrit du fait pratique que le savant chirurgien désire mettre en relief, M. Bouisson rapporte quatre observations que nous publions *in extenso.*

Obs. I. *Amputation du premier métacarpien pour une carie. Hémorrhagie consécutive intermittente. Guérison par l'administration du sulfate de quinine.* — Monnier (Madeleine), journalière, âgée de dix-huit ans, née à Eyguières (Bouches-du-Rhône), est entrée à l'hôpital Saint-Eloi de Montpellier le 8 juin 1845. Cette jeune fille, qui avait eu dans son enfance quelques atteintes de la maladie scrofuleuse, avait éprouvé, depuis quinze mois environ, une entorse du pied droit. Cet accident aurait pu céder aux moyens ordinaires; mais, la marche ayant eu lieu trop tôt, il survint un engorgement dans les articulations du pied, et des phénomènes inflammatoires qui prirent bientôt le caractère chronique, en se limitant spécialement vers la première articulation métatarso-phalangienne. Une tumeur se forma dans ce point et prit les apparences de la fluctuation; mais son ouverture ne donna issue qu'à du pus mal élaboré, qui continua à s'écouler par l'ouverture, devenue fistulaire. Dès son entrée à l'hôpital, la jeune malade fut explorée avec soin, et il fut facile de reconnaître qu'il s'agissait d'une carie de l'articulation, étendue jusqu'à quelques centimètres vers l'os métatarsien. Un traitement antiscrofuleux, par le muriate d'or, la décoction de feuilles de noyer, les bains alcalins, n'ayant nullement enrayé les progrès de la maladie, l'amputation du premier os métatarsien fut jugée indispensable et fut pratiquée le 28 juin.

(1) *Des hémorrhagies traumatiques* (thèse de concours).

Je fis sur la face dorsale de l'os malade une incision en V, dont le sommet correspondant un peu en avant de l'articulation cunéo-métatarsienne, et dont les branches, ramenées jusque sur les côtés de la phalange, longeant l'os vers ses côtés interne et externe, se réunissaient par une incision courbe passant au-dessous du gros orteil, de manière à respecter les parties molles de la région plantaire et à circonscrire l'os dans une coupe ovalaire. Une section oblique fut faite avec la scie; des os sésamoïdes hypertrophiés et cariés furent aussi extraits du fond de la demi-gouttière de parties molles résultant de l'amputation; deux ligatures furent faites, et, les bords de cette plaie étant rapprochés, on les maintint par les moyens et le pansement ordinaires. Nous examinâmes l'os altéré, aussitôt après l'opération, et nous remarquâmes que l'os enlevé s'était ramolli et présentait cette couleur jaune particulière qui coexiste avec l'infiltration huileuse de l'os.

Transportée aussitôt dans son lit, la jeune malade, qui avait témoigné une vive sensibilité, prit quelques cuillerées d'une potion calmante et fut soumise au régime habituel des opérés.

Le 1er juillet, la malade, qui n'avait jusque-là présenté aucun phénomène insolite, fut prise, dans la soirée, d'un tremblement fébrile, suivi de chaleur générale et d'un mouvement fluxionnaire local avec douleur. A la visite du lendemain, je trouvai l'appareil fortement imbibé de sang ; une hémorrhagie avait eu lieu au déclin do l'accès. Le pansement fut pratiqué avec précaution; aucune ligature n'était tombée. Dans la soirée, les mêmes phénomènes se produisirent et furent accompagnés d'une nouvelle hémorrhagie. Je commençai à soupçonner l'existence d'une fièvre intermittente quotidienne, tenant l'hémorrhagie sous sa dépendance; néanmoins, comme la perte de sang avait été peu considérable, je jugeai à propos d'attendre un jour de plus. Le 3, l'accès fébrile et l'hémorrhagie reparurent, à la même heure, avec plus d'intensité. A dater de ce moment, je doutai d'autant moins du caractère de cet accident, que la malade venait d'un pays où les fièvres périodiques sont endémiques. Je prescrivis le sulfate de quinine à la dose de 60 centigrammes, dans la journée du 4, et l'hémorrhagie ne reparut pas plus que les phénomènes généraux. Le médicament fut administré encore pendant quelques jours, pour assurer l'effet obtenu. La plaie, jusqu'à ce moment blafarde et grisâtre, ne tarda pas à changer complétement d'aspect : elle se recouvrit de bourgeons charnus vermeils, et la suppuration devint à la fois homogène et peu abondante. La cicatrisation ne se fit pas attendre : l'opérée sortit guérie, le 27 juillet, un mois après l'opération.

Cette observation, où nous pourrions trouver à remarquer divers détails chirurgicaux dignes d'intérêt, notamment le ramollissement jaune de la substance osseuse du premier métatarsien et la carie des os sésamoïdes placés dans l'épaisseur des tendons du muscle fléchisseur du gros orteil, doit surtout fixer notre attention en ce qui concerne le caractère de l'hémorrhagie. Cet accident ne dépendait pas évidemment du mouvement fluxionnaire qui succède aux opérations; car bien que la malade, douée d'une vive sensibilité, eût été en proie à un spasme assez prononcé pendant la durée de l'opération qu'elle avait

subie, et qu'en raison de cette concentration, les vaisseaux, cédant à une expansion ultérieure, eussent pu donner lieu à un suintement sanguin, ce résultat n'avait pas été observé, et la fièvre traumatique primitive avait été très-modérée; d'ailleurs l'hémorrhagie ne s'était produite que le cinquième jour. On ne saurait davantage attribuer cette hémorrhagie à la chute prématurée des ligatures, car je remarquai, pendant le pansement, qui devint nécessaire après la première hémorrhagie, qu'aucune ligature n'était tombée. Au reste, il était évident, par l'aspect même de la plaie et par la manière dont l'hémorrhagie s'était faite, qu'elle dépendait d'une exhalation sanguine opérée sur toute l'étendue de la surface traumatique, et qu'elle ne provenait nullement soit de la pédieuse, soit des autres artères d'un certain calibre qui avaient dû être liées. La nature des phénomènes généraux qui précédèrent l'hémorrhagie était significative : la malade est prise tout à coup, dans la soirée, d'un tremblement fébrile suivi de chaleur générale; pendant la réaction, le pied devient chaud, la plaie est douloureuse, et la malade se sent mouillée par du sang qui s'infiltre dans les pièces de l'appareil. Le lendemain, à la même heure, les mêmes phénomènes. La compression ne suffit pas pour empêcher cette hémorrhagie, qui se reproduit une troisième fois avec un appareil de symptômes identiques à ceux des journées précédentes, et où l'on ne peut méconnaître les caractères d'une fièvre intermittente quotidienne. Comment celle-ci s'était-elle développée? Nous devons considérer que la jeune malade, qui venait des environs d'Arles, et qui avait été occupée aux travaux de la campagne, avait dû subir l'influence des causes qui, dans ce pays, rendent les fièvres intermittentes si communes. Quoi qu'il en soit, l'administration du sulfate de quinine enraya simultanément et les accès et l'hémorrhagie, et c'est seulement à dater de l'administration de ce remède que la malade entra franchement dans la voie de la guérison.

Obs. II. *Lésion organique complexe de l'articulation tibio-tarsienne et du tiers inférieur des os de la jambe. Amputation au lieu d'élection. Hémorrhagie consécutive intermittente enrayée par le sulfate de quinine.* — Antoine Lignon, maître d'école à Cessenon (Hérault), âgé de trente-six ans, d'une constitution détériorée, entra à l'hôpital Saint-Eloi le 7 décembre 1854, pour se faire amputer la jambe droite. L'origine de la maladie qui exigeait cette opération remontait à l'enfance du sujet. Il avait présenté, dès les premières années de sa vie, les phénomènes de l'affection scrofuleuse, et la jambe droite avait été particulièrement le siége de nécrose et d'abcès restés longtemps fistuleux. Cette lésion avait paru néanmoins se guérir pendant quelques années, lorsqu'elle se renouvela avec plus de violence après la puberté, fit des progrès incessants, et se manifesta par un gonflement considérable de l'articulation tibio-tarsienne avec formation d'abcès, suivie de destruction de l'astragale, d'une nécrose étendue du tibia, de

trajets fistuleux aboutissant à des excavations osseuses, et de suppurations intarissables, qui rendaient l'amputation absolument nécessaire. L'état général du malade n'était pas d'ailleurs très-satisfaisant; il éprouvait des sueurs nocturnes abondantes et une oppression qui nous fit un devoir d'examiner minutieusement la poitrine. Mais cet examen nous convainquit que les organes pulmonaires étaient sains, et que la dyspnée ne tenait qu'à la déformation du thorax, subordonnée elle-même à une scoliose.

L'amputation de la jambe, pratiquée le 11 décembre 1845, ne présenta aucun incident remarquable et eut des suites immédiates, régulières. Tout se passa bien jusqu'au quatrième jour, où les pièces extérieures de l'appareil furent renouvelées; aucun suintement sanguinolent ne s'était fait; le moignon n'offrait ni gonflement inflammatoire, ni distension par des caillots entre les lèvres de la plaie. Le 20 décembre, vers six heures du soir, l'opéré fut pris d'un violent frisson, suivi d'une période de chaleur proportionnée ; il se fit une légère hémorrhagie, pendant ce stade de l'accès de fièvre. Au pansement du lendemain, on se contenta d'absterger le moignon et d'enlever quelques points de suture. Dans la soirée, il y eut reproduction du même accident, et hémorrhagie plus intense, qui affaiblit beaucoup le malade. On enleva l'appareil, pour vérifier si quelque ligature avait cédé, ou si quelque vaisseau non lié donnait du sang ; mais l'hémorrhagie parut capillaire, et se faisait par la surface du moignon. Une légère compression suffit pour la suspendre.

A la visite du 22 décembre, le sulfate de quinine fut prescrit à la dose de 80 centigrammes, distribués par pilules d'un décigramme ; mais le malade ne put en prendre assez pour empêcher un troisième accès. Toutefois, celui-ci fut notablement affaibli dans son intensité, et l'hémorrhagie concomitante se réduisit à un léger suintement.

Le lendemain, le sulfate de quinine, administré à la même dose, mais plus régulièrement, empêcha le retour de l'accès et de l'hémorrhagie.

Nous continuâmes quelques jours encore l'usage de ce médicament dont l'effet fut très-favorable. Rien de particulier ne se manifesta pendant la durée de la cicatrisation, qui était complète. Un mois après l'amputation, le malade quitta l'hôpital, à la fin du mois de janvier 1846.

Cette seconde observation nous montre encore un exemple d'hémorrhagie intermittente évidemment liée à des accès de fièvre de même nature. Nous ferons remarquer, à cette occasion, que l'opéré avait été placé dans la salle Saint-Jean, qui, en raison de son indépendance, est spécialement destinée aux malades payants, mais qui est peut-être la moins salubre de l'hôpital Saint-Eloi, à cause de sa mauvaise aération, de sa position dans une partie basse, et peut-être de sa proximité du bassin où on élève les sangsues. Quoi qu'il en soit, nous avons souvent remarqué que les opérés, les amputés surtout qui étaient placés dans cette salle, étaient souvent pris de fièvre intermittente, et par suite d'hémorrhagie ou de résorption purulente, et que la mortalité était proportionnellement plus grande chez eux que chez les opérés traités dans la salle des blessés du deuxième étage, où toutes les conditions de salubrité sont remplies, et où presque toutes nos

amputations sont suivies de succès. Nous ferons la même remarque pour la salle des femmes blessées, qui se trouve dans des conditions à peu près analogues à celles de la salle Saint-Jean, et où la proportion du succès à la suite des opérations est un peu moins considérable. D'après ces remarques, nous pensons que le malade dont nous venons de citer l'histoire a subi l'influence du lieu où il recevait des soins, et qu'il a été ainsi prédisposé à contracter cette fièvre intermittente dont les accès ont suscité l'hémorrhagie. Le phénomène initial de l'accident qui a fixé notre attention fut un violent frisson ; et nous eûmes d'abord la crainte qu'il ne marquât le début d'une résorption purulente. Nous fûmes presque rassuré sur ce point lorsque nous vérifiâmes la production d'une hémorrhagie ; car cet accident nous parut le témoignage d'une prédominance du mouvement d'expansion sur celui de concentration, circonstance qui ne se retrouve pas au même degré lorsque la résorption purulente se manifeste. Le frisson est très-intense dans ce cas, mais la réaction qui lui succède est incomplète, à forme insidieuse, et ordinairement suivie d'une sueur irrégulière et visqueuse ; les frissons, quoique comparables, par leur retour, à celui des fièvres intermittentes, ne se reproduisent pas avec une parfaite périodicité. Il n'en est pas ainsi dans les cas où l'hémorrhagie est véritablement liée à une fièvre intermittente ; elle se produit avec la régularité qu'affectent les accès de celle-ci ; elle a lieu pendant la période de chaleur, et elle semble remplacer les sueurs qui terminent ordinairement ces accès. Nous n'avons du moins observé en aucune manière de période de sueurs, ni chez le malade qui nous fournit le sujet de ces réflexions, ni chez les autres dont nous rapporterons ultérieurement l'histoire ; en sorte que l'hémorrhagie nous paraît représenter la crise naturelle de l'accès. Sous ce rapport, son pronostic est infiniment plus favorable que celui de la résorption purulente, avec laquelle elle semble être en antagonisme. Son pronostic ne peut être rendu grave que par son intensité même ; mais, si l'on prend en considération la nature de sa cause et le précieux secours que présente, dans ce cas, l'administration du quinquina, on reconnaîtra qu'il est plus facile d'en triompher, qu'il ne l'est d'enrayer le phénomène de la résorption purulente. L'administration du sulfate de quinine produisit chez notre malade un effet évidemment salutaire ; on put même reconnaître la corrélation qui se manifesta entre l'élévation de la dose du médicament et l'intensité de la maladie qu'il était destiné à combattre. Dès le premier jour, la quantité de sulfate de quinine que le malade devait prendre ne put être donnée en totalité, par le fait de circonstances particulières. L'hémorrhagie ne fut qu'affaiblie ; la dose fut augmentée

le lendemain, et l'hémorrhagie cessa complétement. Il était d'autant plus important de ne pas négliger l'administration de l'antipériodique chez notre malade, qu'il était très-affaibli, et que l'intensité de l'accident ainsi que sa réitération auraient pu être pour lui la source d'un danger immédiat. Celui-ci fut heureusement conjuré par l'emploi opportun du sulfate de quinine, et, à dater de ce moment, les phénomènes qui annoncent la guérison se prononcèrent de plus en plus ; l'organisation reprit de l'énergie, et la plaie, subissant l'influence d'une meilleur disposition générale, se cicatrisa promptement.

(La fin à un prochain numéro.)

CHIMIE ET PHARMACIE.

CONSIDÉRATIONS PHARMACOLOGIQUES SUR LES PRÉPARATIONS DE FER,

Par M. Soubeiran, professeur à la Faculté de médecine.

En présence d'un état morbide quelconque, il ne suffit pas de poser les indications thérapeutiques, il faut les remplir ; puis, l'agent médicamenteux choisi, il faut encore que le médecin connaisse les différentes formes pharmaceutiques que la substance peut recevoir, afin qu'il sache faire choix de celle qui répond le mieux à l'usage auquel il la destine. Or, combien de praticiens n'ont pas eu à regretter, dans le cours de leur carrière médicale, le vide de l'enseignement de l'école à cet égard ! Ce vide, nous avons cherché à le combler en créant, dans le *Bulletin*, une division entièrement consacrée à l'étude si importante de la pharmacologie ; aussi avons-nous applaudi à la création de la chaire nouvelle. C'est parce que l'on confond la pharmacie et la pharmacologie que nous avons entendu quelques confrères, fort distingués d'ailleurs, se demander le besoin du nouvel enseignement qu'on venait d'introduire à la Faculté de médecine, et qu'un écrivain par trop littérateur, dans une revue des organes de la presse médicale, désignait le *Bulletin de Thérapeutique* comme le journal de la grande pharmacie. S'il avait dit pharmacologie, nous ne protesterions pas, car Freind l'a dit avec juste raison : *Medicina verò, nihil aliud est quàm medicamenti et morbi comparatio.*

M. Soubeiran, pas plus que nous, n'a à se défendre de ces interprétations peu charitables. Le passé n'est-il pas le meilleur garant de l'avenir ? Voulant toutefois donner une idée de ce que sera l'enseignement du nouveau professeur, nous tirons d'un travail inédit, « Tableau de l'état actuel de la pharmacologie en France », quelques pages que nos lecteurs liront avec intérêt et profit.

Il est une circonstance encore, dit M. Soubeiran, qui rend les ouvrages de pharmacie d'un emploi difficile pour le médecin. C'est qu'ayant été faits à un point de vue différent du sien, il y rencontre pour chaque substance médicamenteuse une multiplicité de formules desquelles il lui est fort difficile de faire un départ convenable. Il y a des gens (et le nombre certes n'en est pas mince) qui s'industrient à créer des formules pour attirer l'attention et dans un intérêt de lucre; il en est d'assez nombreux encore qui se sont persuadé qu'ils marchaient à l'illustration en appliquant, à tort et à travers, à quelque substance médicamenteuse plus ou moins ignorée, toutes les formes pharmaceutiques qu'un médicament peut revêtir; en outre, il faut compter tous les remèdes de bonnes femmes dont fourmillent nos formulaires. Au milieu de toutes ces causes d'encombrement, il faut bien reconnaître la nécessité où se sont trouvés les auteurs des ouvrages de pharmacie de faire une large place à des préparations peu recommandables. Leurs ouvrages ont été écrits pour des pharmaciens qui n'ont pas à s'enquérir dans l'application de la valeur réelle du médicament, mais qui sont appelés à le préparer quand il a été prescrit. Or, tant que l'universalité des médecins n'aura pas appris à faire justice complète d'une foule de remèdes surannés et inutiles, force sera au pharmacien de les préparer, et aux traités de pharmacie de leur enseigner à le faire. Ce ne sera pas une petite tâche que de vider ces étables d'Augias d'une nouvelle espèce, dont un des plus graves inconvénients est d'éloigner le médecin d'une étude qui lui est cependant indispensable. Qu'il me soit permis de citer un exemple entre tous. Je ne le choisirai pas dans la série des plus confus et des plus encombrés. Ce sera le fer et ses préparations qui, elles au moins, ont le grand avantage de réussir toujours, quand l'usage thérapeutique de leur base a été justement indiqué.

Nous voyons figurer comme bases des différentes préparations de fer, le fer métallique en limaille ou le fer réduit par l'hydrogène, l'oxyde noir et l'oxyde rouge avec ses variétés de pierre hématite, de colcothar, de safran de mars astringent, de rouille, de safran de mars apéritif; le sulfure de fer; le chlorure de fer et le chloride; le bromure, l'iodure, le carbure et le cyanure de fer; les sulfates ferreux et ferrique; le nitrate, les phosphates et pyrophosphates, l'arséniate, l'acétate, le citrate, le tartrate, le malate, le tannate de fer, tous ces sels à base de protoxyde ou de peroxyde; sans compter les combinaisons doubles, comme le chlorure ferrico-ammonique, les tartrates ferroso et ferrico-potassique, les citrates ammonico-ferrique et ferrique ammoniacal, le cyanure ferroso-potassique. Ajoutons que tous ces

composés déjà si nombreux ont été appelés à prendre toutes les formes imaginées pour faciliter l'administration des médicaments, poudres, pilules, vins, vinaigres, teintures, sirops, électuaires, etc... Qu'on ne s'étonne pas que, dans cet encombrement d'une fausse richesse, le praticien soit quelque peu embarrassé pour faire un choix ; d'autant plus que chaque préparation se recommande par des attestations respectables et toutes vraies, parce que, dans les circonstances où les ferrugineux sont utiles, on réussit toujours, plus ou moins bien, avec l'une ou l'autre de leurs préparations. Essayons cependant de jeter quelque lumière sur ce sujet. Nous trouvons d'abord certains composés doués d'une cohésion forte que nous avons quelque peine à attaquer dans nos laboratoires par les acides énergiques et les alcalis puissants, tels que le colcothar, la pierre hématite, le safran de mars astringent, l'éthiops martial, l'arséniate de fer. Il y a peu à espérer d'eux. On pourrait, sans nul dommage, les rayer de la matière médicale usuelle. On leur attribue le privilége d'agir lentement ; mais il faut reconnaître qu'ils sont infidèles et qu'ils ne peuvent être dosés régulièrement. Il y aurait tout avantage à les remplacer par des composés plus solubles, dont on atténuerait la dose à volonté.

La limaille de fer, et mieux qu'elle, le fer réduit par l'hydrogène, malgré son insolubilité propre, sont employés avec avantage. L'extrême division du second de ces médicaments assure sa dissolution par les acides de l'estomac ; les renvois odorants d'hydrogène qu'il produit sont le seul reproche qu'on soit en droit de lui faire.

C'est au même titre que le carbonate de protoxyde de fer se recommande aux praticiens, à la condition qu'il sera convenablement enveloppé, pour être préservé de la suroxygénation. Il remplace avec avantage la vieille préparation, assez inconstante dans sa composition, que l'on appelait le safran de mars apéritif : pour l'usage intérieur, il devrait encore prendre la place de tous les sels de fer à base de protoxyde.

Quant à la longue série des sels solubles, ils se recommanderaient tous au même titre, s'il ne fallait pas tenir compte de quelques circonstances particulières à certains d'eux. Ainsi, on rejettera le nitrate, sel essentiellement inconstant dans sa composition, et qui ne se retrouve jamais semblable à lui-même. On n'emploiera pas à l'intérieur, sans une grande réserve, les sels solubles à acides minéraux, dont la saveur atramentaire et la forte stypticité exercent une influence fâcheuse sur la membrane de l'estomac, à moins que leur dissolution, comme dans certaines eaux minérales, ne soit extrêmement étendue. Un seul de ces sels, le sulfate, peut tenir lieu de tous les autres.

Les sels de fer à acides végétaux n'ont pas une stypticité aussi fâcheuse. Enfin, quelques sels ont une action spéciale qui participe de leur base et de leur principe électro-négatif; tels sont l'iodure et le bromure de fer, et aussi le tannate, dont la valeur, comme agent thérapeutique, est cependant fort équivoque.

Reste encore à savoir lesquels, des sels à base de protoxyde ou à base de peroxyde, sont les plus avantageux pour la pratique. Quelques sels de peroxyde se recommandent spécialement par leur insipidité presque absolue et par leur solubilité qu'ils conservent même en présence des liquides albumino-alcalins qui constituent nos humeurs. Le tartrate ferrico-potassique est de ce nombre ; sa composition est constante, et cette double circonstance doit le faire substituer à toute la série des préparations analogues, mais infidèles, qui nous ont été léguées par les anciens formulaires, telles que les boules de Nancy, la teinture de mars tartarisée, le tartre chalibé et le tartre martial soluble : elles devraient disparaître définitivement de la matière médicale.

Quant à savoir lesquels il faut préférer des composés à base de protoxyde ou de peroxyde, l'expérience n'a pas prononcé. A sa place, on a mis des théories. M. Mialhe recommande les sels de peroxyde, qui présentent le fer au sang dans l'état même où il doit y être contenu (ce qui est fort douteux encore). M. Calloud veut au contraire que les sels de protoxyde soient plus efficaces, parce que, suivant lui, l'action consiste dans une désoxygénation qui serait la condition du succès. Heureusement, en cette circonstance, et en dépit de l'une et l'autre théorie, la chlorose guérit, quand on la traite par les sels de fer protoxydés, comme par les composés plus avancés en oxygénation.

Ce qui précède fait voir que les nombreux composés de fer qui figurent dans la matière médicale peuvent être réduits à un petit nombre. La réforme deviendrait plus large encore si l'on appréciait l'utilité des formes sous lesquelles il convient d'administrer chaque composé. La préparation est-elle insoluble, comme le fer métallique, la forme de poudre réunit tous les avantages : administration facile, conservation du médicament avec tous ses caractères et sans altération. Pour les composés solubles, il faut rejeter toute préparation qu'il faudrait conserver dans la bouche, pour épargner au malade l'impression désagréable de la saveur atramentaire, et pour ménager les gencives et les dents. Sous ce double rapport, les tablettes ferrugineuses doivent être bannies, et l'on fera bien même d'éviter les sirops et les électuaires. Une seule forme pharmaceutique est toujours acceptable : c'est la forme pilulaire, à la condition que l'excipient sera choisi de manière à assurer la dissolution du principe ferrugineux, et avec la

précaution de donner à l'estomac le liquide nécessaire pour fournir à la dissolution.

D'après ce seul exemple, on peut juger combien la matière médicale aurait à gagner à un examen critique qui la débarrasserait d'une foule d'éléments qui l'encombrent et qui lui nuisent; les uns, parce qu'ils ne sont pas nécessaires; les autres, parce que la science possède mieux qu'ils ne peuvent offrir; d'autres enfin, parce qu'ils sont tout à fait défectueux. Il faut pourtant se garder d'aller trop loin. Le médecin pourrait se trouver fort embarrassé dans sa pratique si, de toutes les substances qui peuvent se suppléer dans la matière médicale, on n'en conservait qu'une seule du même type.

Il faut qu'il se réserve le moyen de substituer un médicament à un autre, tantôt pour satisfaire à quelque exigence d'idiosyncrasie, tantôt pour contenter le malade qui s'est fatigué d'un remède longtemps prescrit, quelquefois pour gagner du temps et soutenir la patience du malade par un changement simulé de médication, alors que le médecin attend des seuls efforts de la nature une réaction salutaire. L'action des médicaments s'use vite d'ailleurs ; il convient de remplacer par un nouvel agent celui auquel nos organes se sont habitués. C'est ainsi que, suivant M. Magendie, on prolonge l'effet de la morphine sans en augmenter la dose, si l'on a le soin de substituer les uns aux autres des sels à acides différents, mais ayant cet alcaloïde pour base commune.

ÉTHER SULFURÉ ET PHOSPHORÉ ; COMBINAISON NOUVELLE.

L'éther sulfuré et phosphoré est blanc, translucide, volatil, acide, décomposable, par l'eau, en soufre et phosphore, d'une saveur détestable, d'une odeur forte et si pénétrante que, lorsqu'il est en contact avec notre odorat, tout le système nerveux en est affecté. Cette odeur a un peu d'analogie avec celle du gaz acide hydrosulfurique, qui se dégage pendant la combinaison ignée du soufre et du phosphore pour faire le phosphure de soufre de Faraday.

Quelle est l'action médicale de l'éther sulfuré et phosphoré ? Sa composition chimique l'indique assez, pour que le thérapeutiste en essaye l'emploi.

On prépare cet éther de la manière suivante :

Ether sulfurique, rectifié et lavé.........	100 grammes.
Phosphore concassé....................	40 —

Faites macérer huit jours dans un flacon en verre noir, bouché à l'émeri. Filtrez au moyen d'un entonnoir à la Boullay, ajoutez à la colature :

Soufre sublimé et lavé à l'eau distillée..... 40 grammes.

Laissez macérer un mois, en ayant soin d'agiter le mélange plusieurs fois le jour; filtrez de nouveau; conservez ce liquide à l'abri de la lumière.

Le résidu du soufre et du phosphore peut servir indéfiniment à de nouvelles macérations. On peut déterminer la quantité des substances employées, soit par l'analyse du liquide, ou bien encore en pesant séparément le soufre et le phosphore. STANISLAS MARTIN.

CORRESPONDANCE MÉDICALE.

COUP D'OEIL SUR L'ÉPIDÉMIE CHOLÉRIQUE, AU POINT DE VUE DE LA THÉRAPEUTIQUE.

L'épidémie cholérique qui vient de régner à Paris paraissant terminée, autant qu'on peut en juger par ce qui se passe dans les hôpitaux, nous pensons qu'il pourra être de quelque intérêt pour les lecteurs du *Bulletin de Thérapeutique* d'apprendre comment les choses se sont passées, sous le rapport thérapeutique, dans l'un des services de cholériques des hôpitaux de Paris. Vous savez, monsieur et honoré confrère, que l'administration a pris le parti de ne pas disséminer les cholériques au milieu des autres malades, et de les placer dans des salles spéciales; c'est du service établi à la Charité pour les femmes cholériques qu'il va être question.

Nous pensons que ce récit présentera d'autant plus d'intérêt, que bien évidemment le traitement a eu sur la marche de la maladie une influence bien plus puissante que dans les deux précédentes épidémies; et comme celle-ci devra, selon toute probabilité, se répandre dans les départements, nous supposons que les praticiens seront bien aises de voir les résultats d'un mode de traitement régulièrement institué, et de juger en quelque sorte par eux-mêmes la valeur des moyens employés.

Avant d'entrer en matière, il nous paraît nécessaire de dire quelques mots de la manière dont nous considérons la nature de la maladie que nous avons eu à combattre. Pour nous, les accidents cholériques n'ont certainement pas été le résultat d'une gastro-entérite grave; car des malades, dont la constitution était profondément cachexiée par des maladies antécédentes, et qui sont mortes n'ayant absolument que la diarrhée cholérique, sans aucun symptôme grave, ont présenté à l'autopsie un tube digestif offrant des altérations tout à fait analogues à

celles qu'a présentées le tube digestif des femmes mortes au fort de la période algide.

Ces accidents ne nous ont pas paru dépendre de la perte abondante de liquides par le fait de selles très-copieuses, puisque la diarrhée séreuse, qui fait perdre tant de liquides, n'amène jamais d'état algide, et que nous avons eu des femmes prises de choléra algide d'emblée, lesquelles avaient eu à peine quelques selles et quelques vomissements avant l'invasion de la cyanose.

Les accidents du choléra-morbus ont été pour nous le résultat d'une intoxication miasmatique, avec altération du sang et hypercrinie sur le tube digestif.

Pour l'intelligence du lecteur, nous dirons que nous suivrons la division établie par l'un de nous, dans son Traité du choléra (1849), c'est-à-dire que nous reconnaissons quatre périodes :

1° Une première période de simple diarrhée cholérique sans autre symptôme ;

2° Une deuxième période dite d'augmentation ou de phlegmorrhagie, caractérisée par l'adjonction de vertiges, de titubation, de bourdonnements d'oreilles, d'anorexie, de vomissements, et d'altération du pouls et des traits de la face ;

3° Une troisième période, dite période algide ;

4° Une quatrième période ou de réaction, qui succède à la période algide, après que celle-ci a complétement cessé, et dans laquelle les malades, toujours sous l'influence cholérique, sont également pris, soit de troubles cérébraux, soit d'inflammations viscérales graves.

Malades traitées dès la première période. — Nous avons eu en tout trente-six malades à soigner. Sur ce nombre, dix ont pu être traitées pendant la première période ; et parmi ceux-ci, quatre étaient à l'hôpital pour d'autres maladies, lorsqu'elles ont été prises de la diarrhée blanche ; les autres malades sont venues du dehors. Ces sujets ne présentaient pas autre chose que des selles liquides, blanches, presque sans coliques et avec du gargouillement.

Le traitement a consisté chez tous :

1° Dans l'emploi du laudanum de Sydenham, administré à la dose de 20 à 30 gouttes dans une cuillerée de tisane sucrée, prise en une seule fois dès le début du traitement ;

2° Dans l'administration, soit d'une potion gommeuse contenant de 30 à 50 gouttes de laudanum, qui était prise dans le courant des vingt-quatre heures (dans quelques cas, la dose de laudanum, prise par la bouche, a été portée jusqu'à 100 gouttes par jour dans 200 grammes de véhicule) ; soit de 10 à 15 centigrammes d'extrait gom-

meux d'opium, divisé en quatre pilules données à six heures d'intervalle;

3° Dans la prise de quatre quarts de lavement émollient par jour, avec addition de 10 à 15 gouttes de laudanum par chaque lavement;

4° Enfin, dans l'usage d'une infusion de feuilles de menthe, et, chez les malades qui la supportaient mal, d'une décoction de riz ou de gruau sucré et gommé.

Les malades étaient mises à la diète.

Voici le résultat de ce traitement :

Chez 7 malades la diarrhée a été complétement arrêtée au bout de deux jours de traitement en moyenne (un jour et demi minimum, quatre jours maximum). Une de ces 7 malades, cinq jours après la cessation de la diarrhée, s'est donné une indigestion, et, dès le lendemain, elle était tombée dans la période phlegmorrhagique.

La huitième malade était une femme de cinquante-huit ans, arrivée au dernier degré de cachexie, suite d'un cancer ulcéré du rectum, chez laquelle la diarrhée n'a pu être arrêtée; la malade a passé à la période algide, pendant laquelle on n'a pu lui faire de traitement énergique, vu son état cachectique; elle est morte dans l'affaiblissement au bout de huit jours. Les deux dernières étaient deux femmes décrépites (61 et 70 ans); l'une était phthisique et a succombé au bout de vingt-quatre heures dans l'affaiblissement, après avoir présenté seulement une selle cholérique; la dernière était atteinte d'une colite chronique, avec ulcérations très-nombreuses du gros intestin, et a succombé treize heures après son entrée à l'hôpital, n'ayant d'autres phénomènes cholériques que quelques selles blanches avant son entrée dans notre service.

L'emploi des opiacés à cette dose assez élevée n'a produit le plus souvent aucun trouble particulier; quelques malades ont mal toléré le laudanum et l'ont vomi; alors on y a substitué l'extrait gommeux d'opium. Ces vomissements n'ont jamais eu d'importance; nous n'avons pas observé de sommeil extraordinaire ni de pesanteur de tête; quelquefois la pupille a été très-rétrécie, et il a existé du prurit; la convalescence a été assez prompte.

On pourrait tirer de ces résultats les conclusions suivantes :

La simple diarrhée cholérique, qu'on regarde comme ayant peu de gravité chez les sujets bien portants, peut être un accident grave chez des malades déjà fortement altérés par des maladies antécédentes, puisque deux malades sont mortes de cette simple diarrhée qui ne datait que de quelques jours.

L'opinion générale, qui veut que dans les cas les plus ordinaires on

arrête habituellement le choléra dans sa première période, est fondée, puisqu'on voit ici que chez tous les malades curables les accidents ont rapidement cessé.

Il est évident que dans ces cas la maladie a été arrêtée par le fait de la médication, car elle était à des époques très-différentes les unes des autres, quand on a commencé le traitement; et la guérison a eu lieu chez tous à peu près à la même époque du traitement.

L'opium peut donc, à juste titre, être considéré comme le remède spécifique de la première période, et comme étant doué de la faculté de faire avorter le choléra-morbus; car les autres parties du traitement, les boissons chaudes et la diète, ne doivent être regardées que comme des accessoires et des adjuvants. Le point essentiel est d'employer ce médicament avec une certaine énergie et sans tâtonnement, attendu que les doses qui suffisent pour arrêter la maladie sont insuffisantes pour provoquer des accidents de quelque importance.

Comment agit l'opium? Il n'est pas douteux que là, comme dans les autres flux, l'opium n'ait agi en diminuant les sécrétions; mais nous ne croyons pas que ce soit ici son effet principal, car nous ne l'aurions pas donné à dose aussi élevée que nous l'avons fait, et qu'on le fait généralement; nous pensons qu'à ces hautes doses, l'opium agit contre le choléra comme le quinquina le fait dans les fièvres intermittentes pernicieuses; c'est-à-dire que nous pensons que son action ne se borne pas à stupéfier le tube digestif, mais qu'elle va stupéfier également l'encéphale et le système nerveux, de manière à le rendre insensible à l'action du toxique cholérique.

Malades traitées à la deuxième période. — 8 malades sont entrées présentant les phénomènes de la période phlegmorrhagique, c'est-à-dire ayant des vertiges, de la titubation, de l'anorexie, des nausées ou des vomissements, la teinte de la face altérée, le pouls petit et fréquent; une des malades de la série précédente a passé à cette période; tous ces sujets étaient des femmes d'assez bonne constitution, et jeunes; la plus âgée avait quarante-deux ans. Leur maladie datait d'une époque qui a beaucoup varié; le minimum du temps écoulé depuis l'apparition de la diarrhée jusqu'au commencement du traitement a été de 1 jour; le maximum de 27 et la moyenne de 10 jours.

Le traitement s'est toujours composé :

1° De l'administration immédiate de la poudre d'ipécacuanha donnée à la dose de 15 à 18 décigrammes à prendre en deux fois à quinze minutes d'intervalle, en facilitant l'action du vomitif par l'ingestion d'une grande quantité d'eau chaude. (Une seule malade n'a pas eu de vomitif,

c'est la femme cancéreuse de laquelle il a été question dans le premier paragraphe.)

2° Immédiatement après la cessation des vomissements provoqués par l'ipécacuanha, soit d'une potion avec 50 gouttes de laudanum pour les douze premières heures, la potion étant répétée à 30 gouttes seulement pour les douze heures suivantes, de telle sorte que les malades prenaient deux potions, l'une de jour contenant 50 gouttes, l'autre de nuit contenant 30 gouttes; soit d'une solution d'acétate de morphine dont la dose a été le plus habituellement de 3 à 5 centigrammes en 24 heures et qui, chez une malade, a été graduellement portée jusqu'à 10 centigrammes.

3° De l'administration de quatre quarts d'un lavement émollient, additionnés de 10 à 15 gouttes de laudanum.

4° De l'usage d'une tisane qui a été soit une infusion de feuilles de menthe, soit de la limonade ou une solution de groseilles et même quelquefois de la glace en fragments.

5° De l'application de larges sinapismes sur la région épigastrique deux fois par jour, après l'administration de l'ipécacuanha, chez une moitié des malades; et chez deux d'entre elles, de l'application d'un large vésicatoire sur cette région, faite quelques jours après.

6° L'emploi des opiacés a été continué jusqu'à la cessation des phénomènes cholériques; on en a ensuite graduellement diminué les doses.

Voici les résultats de ce traitement.

1° Les vomissements ont été arrêtés définitivement chez sept malades, le jour même de l'administration, et, chez les deux autres, les vomissements ont continué pendant deux jours et n'ont cessé qu'après un second vomitif d'ipécacuanha; en général, les malades ont paru peu fatiguées après l'administration du vomitif et nous n'avons pas remarqué qu'après la convalescence il y ait eu ni douleur de l'estomac, ni troubles gastriques appréciables.

2° Les troubles cérébraux ont cessé définitivement chez deux malades immédiatement après l'administration du vomitif, et chez les sept autres ils ont continué en moyenne pendant trois jours, encore ces troubles ont-ils dû être nécessairement augmentés par l'administration des opiacés, circonstances dont il faut tenir compte; ils n'ont cessé que deux fois en même temps que la diarrhée cholérique, les autres fois la cessation a eu lieu un peu avant ou après.

3° La diarrhée cholérique a été arrêtée définitivement chez une malade immédiatement après le vomitif; chez six autres, deux jours après en moyenne; chez une malade, l'ipécacuanha a été donné quatre fois dans un laps de temps de quinze jours; à chaque fois la diar-

rhée reparaissait, il y avait du vertige, la figure s'altérait, le pouls devenait petit et fréquent; tous les accidents ont été arrêtés définitivement aussitôt après le quatrième vomitif. Chez une autre malade on a dû avoir recours à un second vomitif deux jours après le premier, à cause de la persistance des vomissements et de la diarrhée cholérique; les vomissements ont été arrêtés immédiatement après le dernier vomitif. Ces deux dernières malades ont éprouvé un sentiment de constriction à l'épigastre qui a nécessité l'application du vésicatoire, cette sensation pénible a été aussitôt enlevée.

Toutes ces malades ont été complétement guéries; aucune d'elles n'a passé à l'état algide, et la convalescence, c'est-à-dire le moment où l'on a pu leur donner plusieurs bouillons par jour, est arrivée en moyenne quatre jours après le commencement du traitement; une seule, qui n'est pas comprise dans cette moyenne, n'est entrée en convalescence définitive qu'au bout de vingt-sept jours. La durée moyenne de leur séjour à l'hôpital a été de treize jours.

Le traitement mis en usage dans cette deuxième période a été plus énergique que celui de la première, parce que la maladie avait un degré d'intensité de plus, et parce qu'il fallait remplir de nouvelles indications.

Nous avons employé le vomitif dès le début, dans la triple intention de déterminer une secousse salutaire, d'éliminer une certaine quantité de matières toxiques, et enfin d'arrêter la diarrhée; nous avons préféré la poudre d'ipécacuanha à l'émétique à cause de la propriété bien connue qu'a l'ipécacuanha d'arrêter la diarrhée, tandis que le tartrate d'antimoine a l'inconvénient de la provoquer.

L'ipécacuanha a, comme on l'a vu, agi d'une manière héroïque; presque toujours il a suspendu les nausées et les vomissements, et a diminué l'intensité des troubles cérébraux en même temps que l'altération des traits de la face; certainement, le jour même de l'administration du vomitif, les malades ont été favorablement et très-notablement modifiées; aussi le recommandons-nous comme l'un des moyens les plus puissants que l'on puisse employer; nous ne lui avons reconnu aucun inconvénient, puisque nous avons été jusqu'à l'administrer quatre fois à la même malade, et chez elle nous n'avons trouvé ni gastralgie, ni dyspepsie, ni traces d'irritation gastrique; l'appétit est revenu chez elle comme chez les autres.

L'opium a été l'adjuvant obligé de l'ipécacuanha, et nous avons cherché, en continuant à stupéfier le système nerveux par des doses assez élevées de laudanum ou d'acétate de morphine, à rendre le système nerveux insensible à l'action du toxique cholérique. On a vu que l'o-

pium n'augmentait pas notablement les phénomènes cérébraux dus au choléra, aussi n'avons-nous cessé son emploi que quand la diarrhée était complétement arrêtée.

Enfin, un dernier moyen, duquel nous avons tiré un excellent parti, et qui ne nous a jamais manqué, est l'emploi de topiques excitants sur l'épigastre ; on sait que la sensation de compression et d'étouffement à l'épigastre est l'un des accidents les plus gênants pour les cholériques ; il est rare que ce symptôme n'ait pas cédé très-promptement à l'application de larges sinapismes ou de vésicatoires in-quarto sur la région épigastrique. L'effet de ces topiques était tellement manifeste que quelques malades eux-mêmes les demandaient.

Dans cette période, les boissons froides, et surtout les boissons à la glace ont toujours été mieux acceptées que les boissons chaudes.

En conduisant ce traitement avec énergie, en répétant les vomitifs autant qu'il en est besoin, et en élevant graduellement les doses d'opium, notre expérience nous porte à croire qu'on peut se rendre maître des accidents de la seconde période, et arrêter le choléra à ce degré déjà avancé, avec autant de certitude que dans la première période.

Si nous ne nous faisons pas illusion, c'est un progrès dans la thérapeutique, qui sera dû à l'épidémie que nous venons de traverser. La précédente avait permis de constater que le médecin était le maître du choléra pendant la première période, celle-ci prouve qu'il peut l'être aussi dans la seconde. Encore un progrès, et le prix Bréant sera gagné ; malheureusement, et malgré nos efforts, il ne le sera pas par nous, du moins cette fois, ainsi que nous le montrerons dans un prochain article. La période algide a été, cette fois-ci comme les autres, l'écueil de la thérapeutique. P. Briquet et Ernest Goupil.

NOTE SUR UNE NOUVELLE MÉTHODE D'IRRIGATIONS NASALES ET SUR SON APPLICATION AU TRAITEMENT DE L'OZÈNE.

Je viens de présenter à l'Académie de médecine une note dont la lecture intéressera, je l'espère, les lecteurs de votre précieux recueil.

Tous les physiologistes savent que, dans l'acte de la déglutition, le pharynx et le voile du palais combinent leur action de manière à clore l'ouverture de communication de l'arrière-gorge avec les fosses nasales et à empêcher le bol alimentaire de refluer par les narines ; mais personne, que je sache, n'avait encore signalé la production de ce phénomène sous l'influence des liquides injectés par les fosses nasales, et n'avait fait remarquer que les injections violemment poussées dans une narine ressortaient par l'autre, sans pénétrer aucunement dans le gosier.

Or, ce fait, sur lequel je viens appeler l'attention des praticiens, me paraît avoir une importance considérable dans la thérapeutique de plusieurs affections graves, et principalement dans celle de l'ozène.

L'ozène ou punaisie est, comme chacun sait, une infirmité qui consiste dans une excessive puanteur des sécrétions nasales, et cette puanteur est elle-même le résultat du séjour prolongé des mucosités, du sang ou du pus, au fond de cavités anfractueuses, où elles sont soumises à la triple action de l'air, de la chaleur et de l'humidité.

A chaque expiration, l'air qui traverse ces cavités se charge d'émanations putrides, et forme autour des malades une atmosphère infecte. De sorte que les malheureux atteints de cette affection dégoûtante deviennent un objet d'horreur pour tous ceux qui les entourent.

Jusqu'à présent, l'art ne possédait contre cette affection que de bien faibles ressources. A part l'ozène syphilitique, contre lequel les préparations mercurielles et iodurées ont une action directe, toutes les autres variétés étaient généralement considérées comme à peu près incurables. On employait bien des cautérisations, des insufflations de poudres astringentes ou détersives; on recommandait au malade d'aspirer des liquides émollients ou balsamiques; on faisait même quelques injections timides avec de petites seringues; mais tous ces moyens ne constituaient que des palliatifs insuffisants, et les malades affectés de punaisie n'en continuaient pas moins à exhaler une odeur repoussante.

Personne n'avait songé à conseiller les injections à grande eau, dans la persuasion où l'on était que le liquide devait nécessairement pénétrer dans la gorge.

Or, des expériences multipliées m'ont démontré d'une manière positive que cette persuasion était complétement erronée, et que des injections violemment poussées dans une narine, au moyen d'une forte seringue, ressortaient entièrement par la narine opposée.

Il résulte de ce fait que l'on peut, avec la plus grande facilité, laver à fond les fosses nasales, et les débarrasser ainsi des croûtes, du mucus ou du pus qui, par leur séjour, produisaient la punaisie.

Rien n'est plus simple que cette opération ; il suffit, pour l'exécuter, d'introduire dans une des narines la canule d'une forte seringue, et de pousser énergiquement le piston. Il s'établit alors un courant, qui sort à pleine narine de l'autre côté et entraîne avec lui toutes les matières étrangères contenues dans les cavités nasales. Ces injections n'ont rien de pénible, les malades eux-mêmes peuvent les exécuter facilement, surtout au moyen de l'irrigateur mécanique.

Sous l'influence de ce moyen, l'odeur repoussante de la punaisie

disparaît instantanément, et bientôt même, les conditions morbides de la muqueuse se modifiant d'une manière durable, on arrive à une guérison définitive.

MAISONNEUVE,
Chirurgien de l'hôpital Cochin.

BULLETIN DES HOPITAUX.

Deux observations de fièvres intermittentes, tierce et quarte, traitées avec succès d'après la méthode de M. Bartella.—Si nous revenons si souvent et avec tant de complaisance sur cette question du traitement de la fièvre intermittente, ce n'est pas que la question thérapeutique ne nous paraisse entièrement résolue au profit des préparations de quinquina, et du sulfate de quinine en particulier; mais ce qui domine surtout cette question, c'est la question d'économie, la nécessité d'épargner aux populations pauvres des campagnes une dépense tellement élevée, qu'elle dépasse leurs moyens et leur fait acheter leur guérison au prix de la ruine et de la misère. C'est à ce titre que nous avons publié, dans tous ses détails, l'intéressant Mémoire de M. Bartella, dont le traitement nous paraît résoudre la question de la manière la plus économique, au moins parmi les méthodes curatives qui conservent et mettent en œuvre les préparations de quinquina. Comme il nous importait d'être fixé sur la valeur réelle de ce traitement, nous avons prié notre collaborateur, M. Aran, de vouloir bien en faire usage dans les cas de fièvre intermittente qu'il aurait à traiter à l'Hôtel-Dieu; et nous sommes heureux de dire que, dans les cas où ce traitement a été employé, il a donné un plein succès.

L'un de ces cas est relatif à une fièvre tierce. Le malade, Aloche (Pierre-Marie), âgé de vingt-quatre ans, manœuvre, couché au n° 74 de la salle Sainte-Jeanne, d'une bonne santé habituelle, avait contracté une fièvre tierce en travaillant dans la plaine de Montmorency. Au moment de son entrée à l'hôpital, il en avait eu trois accès d'une violence extrême, et avançant tous les jours d'une heure ou d'une heure et demie. Le quatrième accès, qu'il eut à l'hôpital, le jour de son entrée, fut aussi remarquable par son intensité : le frisson, précédé de tremblement et de claquement de dents, dura une heure et demie ; la chaleur et la sueur durèrent deux heures et demie, en tout quatre heures. Un autre accès semblable, mais avançant sur le précédent, comme les premiers, eut lieu le 4 octobre. Le malade, désirant quitter l'hôpital, demandait d'être débarrassé de sa fièvre. M. Aran lui prescrivit, le 6 octobre, dans la matinée, 60 centigrammes de sulfate de qui-

nine et autant d'acide tartrique, à prendre en deux fois, à demi-heure d'intervalle. L'accès parut, mais le frisson fut peu intense, et la période de chaleur et de sueur ne dura que trois quarts d'heure. Nouvel accès le 8, revenant à l'heure dite, mais pas de frisson ni de sueur; un peu de chaleur et de céphalalgie pendant trois quarts d'heure. Seconde dose de sulfo-tartrate de quinine (0,40 de sulfate de quinine et d'acide tartrique). Le 10, l'accès manqua complétement; il en fut de même le 12, le 14 et le 16 octobre. Le lendemain, le malade quittait l'hôpital dans un état de santé parfait.

Dans le second cas, fièvre quarte, c'était un nommé Jamain, âgé de dix-neuf ans, terrassier, couché au n° 76 de la salle Sainte-Jeanne, et entré à l'Hôtel-Dieu le 8 décembre. Ce jeune homme avait déjà eu une fièvre intermittente tierce, quatre ans auparavant. Cette fièvre était revenue pendant trois étés de suite, à la même époque, et n'avait disparu que lorsqu'il avait changé de pays. De retour aux environs d'Angers, où il avait contracté sa première fièvre, il en fut de nouveau atteint vers la fin de l'été dernier, d'abord sous le type tierce. Coupée, après un mois et demi, par l'administration de la centaurée, la fièvre reparut quinze jours après, mais cette fois sous le type quarte, revenant régulièrement tous les trois jours, à la même heure, vers une heure ou deux heures de l'après-midi. Il se décida alors à venir à Paris, voyageant à pied, et gardant le lit le jour où il était pris de sa fièvre. Arrivé dans cette ville le 16 novembre, il se mit à travailler; mais, tous les trois jours, la fièvre le forçait à interrompre son travail. Enfin, se sentant très-affaibli, il se décida à entrer à l'Hôtel-Dieu le 8 décembre, veille du jour où il attendait sa fièvre. Elle revint effectivement le 9, à deux heures de l'après-midi, avec un violent frisson, et fut suivie d'une chaleur vive et d'une abondante transpiration. Le 12, second accès, aussi fort et aussi long que le premier. Dans l'intervalle, on avait constaté l'augmentation de volume de la rate, qui avait de 16 à 18 centimètres de long; le teint était pâle, cachectique; le malade était très-affaibli, tout en ayant un certain embonpoint. Le 13 décembre, M. Aran lui prescrivit 1 gramme de sulfate de quinine et pareille dose d'acide tartrique, à prendre en trois fois, à une heure d'intervalle. Le 15, l'accès manqua; il en fut de même de ceux du 18 et du 21. Le malade fut mis à un bon régime; des frictions stimulantes furent faites sur tout le corps. Sous l'influence de ces moyens, les forces revinrent rapidement, et, le 22, le malade quitta l'hôpital en parfaite santé. La rate avait diminué de volume et avait perdu au moins 3 à 4 centimètres.

Ainsi donc, *un gramme* (18 grains) de sulfate de quinine, avec ad-

dition d'égale quantité d'acide tartrique, donné en deux fois au premier malade, et en une seule fois au second, ont fait disparaître une fièvre tierce dans le premier cas, une fièvre quarte dans le second cas. Il est bien permis de se demander si cette guérison sera solide ; et peut-être une troisième dose, chez le premier malade, une seconde, chez le deuxième malade, auraient-elles mis plus sûrement ces malades à l'abri des récidives ; mais il importait de démontrer toute l'utilité de l'association du sulfate de quinine et de l'acide tartrique, et les deux faits observés par M. Aran ne peuvent laisser de doutes à cet égard.

Examen anatomique d'une pièce provenant d'un anévrysme traité avec succès par l'injection du perchlorure de fer. — Nos lecteurs se rappellent l'intéressante observation d'un anévrysme du pli du coude, traité avec succès et guéri sans aucun accident, que nous a adressée M. Valette (t. XLV, p. 455). Son malade n'a pas joui longtemps des bénéfices de cette heureuse tentative ; le 27 décembre dernier, il succombait aux suites de l'altération organique dont il était atteint. L'importance acquise par ce fait dans la discussion récente sur la méthode Pravaz a engagé M. Valette à m'adresser cette pièce, afin que l'examen en fût fait à Paris. Voulant répondre aux intentions de notre confrère, j'ai prié M. le docteur Robin de vouloir bien procéder avec moi à cette dissection, et une Commission nommée par la Société de chirurgie vint en constater les résultats. Les dessins d'anatomie de rapports et d'analyses microscopiques, ainsi que la pièce préparée, ont été présentés à l'Académie de médecine et à la Société de chirurgie, au nom de M. Valette. Voici les détails anatomiques que nous avons constatés avec notre savant confrère, M. Robin.

La peau ne présente qu'une légère cicatrice, de la dimension d'une tête d'épingle, formant une saillie à peine perceptible, et ressemblant, quant à la couleur, à une tache de rousseur.

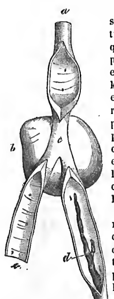
Une incision du derme montre ce tissu un peu plus ferme, à ce niveau, mais sans couleur particulière. Les tissus cellulaires et adipeux, sous-cutanés n'offrent rien de particulier. Mais dans le *fascia superficialis* on aperçoit, très-nettement, une tache de rouille, large de 3 à 4 millimètres, que le microscope montre formée par des grains de perchlorure de fer. Cette tache adhère à l'aponévrose d'enveloppe. Cette adhérence indique le point de perforation du tissu ; celle-ci est exactement située au niveau de la bifurcation de l'artère brachiale, entre le fond interne du muscle long supinateur et la partie la plus épaisse de l'expansion aponévrotique du biceps. Cette aponévrose d'enveloppe et la précédente sont très-légèrement soulevées, toutes deux, par une bosselure arrondie peu prononcée.

Après avoir enlevé cette aponévrose et une petite quantité de tissu cellulaire dense, on voit la bifurcation de l'artère humérale masquée par les veines collatérales qui ont conservé avec elle leurs rapports.

La tumeur disséquée est de forme arrondie, un peu plus large en travers qu'en long, aplatie d'avant en arrière; elle mesure environ 18 millimètres sur 15 de longueur et 12 d'épaisseur. Elle présente, du côté interne, une légère saillie *b* qui correspond à la tache brune signalée plus haut sur l'aponévrose d'enveloppe ; elle adhère elle-même, en ce point, à cette aponévrose, par un peu de tissu cellulaire plus dense que celui qui l'entoure.

La minceur de la paroi du kyste, au niveau de cette saillie, permet de voir la couleur du magma.

En avant de la tumeur se voit l'artère humérale *a* se bifurquant vers le tiers inférieur de la tumeur *c*. Là le tube artériel est un peu aplati. Les veines profondes correspondantes sont elles-mêmes un peu rétractées à ce niveau, sans pourtant être imperméables. Ce qu'elles offrent de plus notable, c'est une adhérence anormale à l'artère brachiale et à ses deux divisions, adhérentes qui cesse presque immédiatement au-dessus et au-dessous de la tumeur. Cette union a lieu aux dépens d'une couche de tissu cellulaire, assez dense, bien que normalement vasculaire. Il est impossible de reconnaître le point de l'artère qui a été lésé par la lancette.



La situation de l'artère au devant de la tumeur, son union intime avec la paroi de celle-ci, montrent que l'anévrysme s'est formé en arrière, bien qu'elle ait été piquée en avant : elle a donc été percée de part en part. Comme le point de bifurcation se trouve presque au niveau du centre du kyste anévrysmal, et que, d'autre part, l'humérale *a* en haut, la radiale *e* et la cubitale *d* en bas, adhèrent à la tumeur et présentent le même degré d'aplatissement et de resserrement, on ne saurait dire, par l'examen anatomique de la pièce, quelle branche a été lésée. Cependant, d'après la position de la cicatrice de la saignée, qui se trouve en dedans de la cicatrice de la ponction, tout porte à croire que c'est l'artère humérale elle-même au niveau de sa bifurcation, ou mieux l'origine de la radiale.

Voici quels sont les rapports de la tumeur en arrière. Elle est comme à cheval sur le tendon du biceps ; en dedans, elle adhère surtout au tendon du brachial antérieur et s'avance en dehors jusqu'à le toucher un peu par le côté externe du tendon bicipital ; son extrémité inférieure et postérieure touche le sommet du court supinateur. Un peu de tissu cellulaire et de tissu adipeux jaunâtre se trouve, à son extrémité supérieure, interposé entre elle en bas, le tendon du biceps en arrière, l'expansion aponévrotique de ce dernier muscle et l'artère humérale en avant.

Un tube de verre introduit dans l'artère humérale, au-dessus de la tumeur, distend le vaisseau sans que l'air puisse pénétrer dans sa bifurcation. Il y a donc une oblitération à ce niveau *c* ; cette oblitération était perceptible à la simple vue par le degré d'aplatissement et de resserrement des vaisseaux. Une des branches artérielles se jetant sur le long supinateur est oblitérée, et la récurrente radiale antérieure qui naît à 1 centimètre plus

bas est au contraire perméable et volumineuse. Il en est de même des branches de la cubitale qui se détachent un peu au-dessous de son origine, parmi lesquelles il faut noter le tronc commun des récurrentes cubitales, ainsi que celui des inter-osseuses.

La tumeur anévrysmale, ouverte par sa paroi postérieure, est trouvée remplie par un magma de couleur chocolat, offrant la consistance d'une bouillie épaisse. Mis sous le champ du microscope, ce magma est constitué de globules d'hématine amorphe en quantité considérable, ayant complétement perdu la forme de globules normaux ; ils sont soit isolés, soit réunis en masse cohérente qui conserve la teinte et la forme offerte par les agglomérations analogues que l'on trouve dans les épanchements sanguins anciens de tout genre.

On y trouve, de plus, des masses irrégulières, de volume très-variable, dont quelques-unes peuvent être aperçues à l'œil nu ; ces fragments se font remarquer par leurs contours anguleux, leur teinte d'un rouge-brun tirant au noir, bien plus foncée que celle de la matière colorante du sang au milieu de laquelle ils nagent.

La paroi du kyste anévrysmal, examinée au microscope, laisse voir à sa face interne une couche qui en forme le quart environ, constituée de matière amorphe fibroïde plutôt que fibreuse, parsemée de grains colorés qui ont la teinte rougeâtre foncée du perchlorure de fer, mélangés d'une quantité considérable d'hématine. Le reste de la paroi est du tissu cellulaire pur.

L'espace nous manque pour exposer tous les enseignements qui découlent de l'examen de cette pièce. Comme ces enseignements doivent se formuler d'ailleurs en applications, on comprendra qu'avant de provoquer de nouveaux essais thérapeutiques, nous désirions soumettre nos conclusions à la discussion de la Société de chirurgie, qui s'occupe avec tant de zèle de l'avenir de la méthode Pravaz. Nous nous bornerons à rappeler ici qu'un des points dont nous nous sommes surtout préoccupé, au début de nos recherches physiologiques, était les effets de l'action chimique du perchlorure de fer sur le sang et les tuniques artérielles qui le contiennent ; or, le fait de M. Valette vient confirmer les résultats que nos expérimentations sur les animaux avaient mis en relief, c'est-à-dire que, 1° le coagulum produit par l'injection du nouvel agent coagulateur n'est pas susceptible d'organisation ; 2° l'action de ce magma est temporaire, mécanique. Ce coagulum a pour effet, en suspendant le cours du sang, de provoquer la formation de caillots secondaires qui, ne contenant plus dans leur masse d'éléments étrangers, sont susceptibles d'organisation. Ainsi, dans la pièce de M. Valette, tandis que les parties des artères humérale, radiale et cubitale, dans lesquelles se sont formés des caillots secondaires, se sont oblitérées, le magma demeure enkysté dans la tumeur anévrysmale. Les coagulum contenant dans leur masse du perchlorure de fer, sont susceptibles de résorption ; la preuve, c'est que l'anévrysme du malade de M. Valette, qui

formait, au moment de l'opération, une saillie du volume d'une forte noix, ne présentait plus, deux mois après, lors de la sortie du malade, que le volume d'un noyau de cerise. Il est probable que la partie de la tumeur qui, en raison de sa situation profonde, se soustrayait à l'exploration, a subi un retrait semblable. Nos premières expériences sur les animaux nous avaient fourni les mêmes résultats. L'action du magma étant seulement mécanique et le coagulum jouant le rôle d'un bouchon obturateur, nous avons voulu expérimenter les effets d'une solution de perchlorure de fer à 15 degrés, qui coagule le sang aussi énergiquement qu'une solution à 45 degrés, sans provoquer, comme cette dernière, l'inflammation des parois artérielles. Voici les résultats que nous avons constatés avec M. Leblanc.

Oblitération d'un vaisseau artériel obtenue par l'injection du perchlorure de fer à 15 degrés. — Dans la séance du 29 novembre, j'ai annoncé, dit M. Leblanc, que M. Debout et moi, pour varier nos expériences relativement à l'étude de l'effet du perchlorure de fer injecté dans les vaisseaux chez le cheval, nous avions introduit, le 27 novembre dernier, dans la carotide droite, entre deux points comprimés, distants l'un de l'autre de 10 centimètres, 30 gouttes de solutum de perchlorure à 15 degrés, préparé par M. Soubeiran; je viens aujourd'hui faire connaître à l'Académie le résultat de cette expérience.

La compression fut exercée à l'aide de deux anses de fil. La coagulation du sang fut presque immédiate, un peu plus lente cependant qu'avec les solutums à 30 et 45 degrés. Elle fut complète au bout de dix minutes; le coagulum avait une consistance aussi grande qu'avec les autres solutions. M. Burdin et M. Amédée Latour assistaient à l'expérience.

Le 28 novembre, vingt-quatre heures après l'opération, l'artère était inégale à sa surface, un peu rétractée comme toujours; les deux anses de fil furent enlevées. La circulation resta complétement interrompue dans la carotide. Le cheval n'avait pas éprouvé de symptômes généraux bien manifestes; il n'avait cependant pas mangé la totalité d'une ration ordinaire qu'on lui avait donnée.

Les jours suivants l'appétit revint. Les tissus divisés pour mettre l'artère à découvert se tuméfièrent un peu, et la plaie suppura.

La carotide resta longtemps explorable; elle persista à être dure, inégale, peu compressible, tant qu'elle put être examinée : la circulation ne s'y rétablit pas.

Au bout de quinze jours, le vaisseau fut complétement enveloppé par du tissu cellulaire nouvellement développé.

Le 18 décembre, vingt-deux jours après l'injection, le cheval fut assommé ; l'autopsie eut lieu immédiatement après la mort, en présence de M. Burdin. Nous constatâmes les résultats suivants :

En cherchant à disséquer l'artère, nous trouvâmes derrière le vaisseau, et un peu en bas, un abcès du volume d'une forte noix, contenant du pus

homogène, sans odeur, bien lié et d'un blanc crémeux. Il était séparé de l'artère par une couche de tissu cellulaire induré, de l'épaisseur d'un demi-centimètre. Il correspondait au tiers inférieur de la portion de la carotide comprise entre les deux points comprimés. La face interne de ses parois était très-lisse, douce au toucher.

Ces abcès, et en général toute la partie du vaisseau qui avait été mise à nu pour l'injection, étaient enveloppés par du tissu cellulaire induré, qui adhérait fortement à la carotide.

Le vaisseau, fendu dans toute sa longueur, laisse voir dans la totalité de l'étendue comprise entre les deux points comprimés, et par conséquent dans la région qui contenait le magma de perchlorure de fer et de sang, une cavité cylindrique entièrement close, dont les parois étaient d'abord celles de l'artère elle-même, devenues seulement plus épaisses, puis, deux caillots sanguins *a* et *b* qui obstruaient complétement la lumière du vaisseau, un à chaque extrémité de la cavité. (Voir la gravure, page ci-contre).

Cette cavité, qui était presque vide, ne contenait qu'une couche très-mince d'une substance grenue, d'une nuance ardoisée, appliquée sur la membrane interne du vaisseau. Il était facile de l'enlever par le plus léger frottement. Cette substance, qui n'était que des vestiges du magma, ne tapissait que les extrémités de la cavité dont la partie moyenne était entièrement vide. Dans cette dernière région on voyait d'assez gros sillons longitudinaux formés par les parois du vaisseau. Le sommet de l'un de ces sillons était surmonté d'une production charnue, molle, incolore, faisant une saillie de 2 à 3 millimètres.

Les deux caillots, chacun de 5 centimètres de longueur, avaient la même disposition; leur extrémité périphérique était formée par de la fibrine non colorée, très-dense, qui n'adhérait pas aux parois du vaisseau; elle s'arrêtait à l'embouchure de deux petites artères collatérales. Les moitiés des caillots les plus rapprochées de la cavité décrite plus haut étaient rouges, moins consistantes; elles adhéraient intimement à la membrane interne de l'artère.

Dans cette expérimentation nous avions surtout pour but de savoir ce que devenait le magma au bout d'un certain temps, et quel était le degré de l'action coagulante d'une solution à 15 degrés. Elle prouve évidemment que le magma peut disparaître presque complétement dans peu de jours, puisque, d'une masse cylindrique de magma de 8 centimètres de longueur et de 1 centimètre de diamètre au moins, on n'a plus retrouvé, après vingt-deux jours, que quelques vestiges disposés sous forme d'une couche de substance grenue humide, appliquée sur les parois du vaisseau. Ces vestiges n'étaient presque composés que de perchlorure de fer. Les portions animalisées du magma avaient été absorbées.

Ce fait prouve encore une fois que la présence du perchlorure de fer dans la cavité d'une artère chez le cheval n'entraîne pas la destruction du vaisseau, ni même une lésion grave de cet organe.

Il y a tout lieu de dire que l'abcès qui s'est formé en arrière et assez loin de l'artère, loin surtout de la piqûre du trocart, n'a pas été la suite de la présence du perchlorure dans le vaisseau. Il n'y avait aucune communication entre lui et la cavité artérielle, dont les parois sont restées entières. Tout porte à croire qu'il a été produit par une certaine quantité de pus formé à la surface de la large plaie faite pour découvrir l'artère, et qui aura été emprisonné par une adhérence trop rapide entre l'artère et les parois de la

plaie. Il est même assez étonnant que ces larges et vastes plaies ne produisent pas plus d'accidents.

Cette expérience prouve aussi de nouveau que du solutum de perchlorure de fer introduit dans une artère produit un magma qui favorise la formation de caillots sanguins adhérents au parois des vaisseaux, et capables d'interrompre le passage du sang.

En résumé :

1° Trente gouttes de solutum de perchlorure de fer à 15 degrés, injectées dans la carotide d'un cheval, préalablement comprimée sur deux points, ont déterminé la production d'un magma cylindrique de 8 centimètres de long et de 1 centimètre de diamètre, qui a favorisé la formation des caillots sanguins, obturateurs solides et adhérents.

2° Ce magma a pu être absorbé, à quelques vestiges près, en vingt-deux jours.

3° Ce résultat a été obtenu sans accident grave et sans que l'animal ait présenté de symptômes généraux de quelque durée et de quelque importance.

Cancer du rectum.—Autoplastie par glissement.—Guérison. —M. Demarquay vient de présenter à la Société de chirurgie une malade qui nous paraît offrir un véritable intérêt. C'est une femme sur laquelle ce chirurgien a pratiqué, le 30 août dernier, en présence de MM. Denonvilliers et Guersant, l'ablation de la partie inférieure du rectum, avec des modifications qui peuvent avoir une grande utilité pratique. Voici le fait. La nommée Marie, cuisinière, entre à l'hôpital Necker le 14 août 1853, pour être débarrassée d'une masse cancéreuse qu'elle porte depuis six mois au pourtour de l'anus ; la tumeur est plus développée du côté droit que du côté gauche. La maladie avait de plus envahi la partie inférieure du rectum, dans une étendue de 3 à 4 centimètres ; le doigt toutefois arrivait parfaitement à la limite du mal. Les douleurs intenses que la malade ressentait lui faisaient réclamer avec instance l'opération. Voici le procédé mis en usage par M. Demarquay. Une incision partant du coccyx circonscrit toute la tumeur; puis celle-ci est disséquée. Avant de détacher la partie malade, l'extrémité inférieure de l'intestin rectum est fendue suivant sa longueur, et elle est ensuite coupée circulairement, suivant le précepte de M. Denonvilliers. Les vaisseaux intéressés sont liés à mesure. Pour combler la plaie considérable résultant de l'opération, M. Demarquay, après avoir disséqué, dans une certaine étendue, la partie saine de l'intestin, attira à lui le rectum devenu libre, et le fit adhérer au pourtour de la marge de l'anus, avec la peau. Par suite de cette espèce d'autoplastie par glissement, la plaie résultant de l'opération était comblée. Actuel-

lement, la malade est complétement rétablie ; elle va librement à la garderobe. A la place de la tumeur cancéreuse, on trouve une cicatrice souple et élastique. Ce fait montre une ingénieuse application des principes d'autoplastie formulés par M. Jobert.

RÉPERTOIRE MÉDICAL.

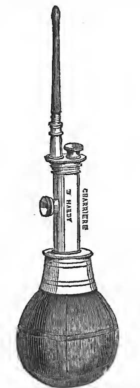
ALBUMINURIE *des femmes enceintes; indication de l'emploi des ferrugineux.* Une discussion très-intéressante s'est engagée, il y a quelques jours, au sein de l'Académie de médecine, au sujet de la question de la coïncidence de l'éclampsie des femmes enceintes avec l'albuminurie. On sait, en effet, que les recherches modernes ont révélé, au sujet de l'éclampsie, un fait très-intéressant et tout à fait inattendu, la présence de l'albumine dans les urines; mais est-il exact de dire, avec M. Cazeaux, que l'on trouve toujours de l'albumine dans l'urine des éclamptiques? Telle est la question qui a été examinée par M. Depaul, à propos d'un intéressant travail de M. le docteur Mascarel (de Châtellerault) sur les convulsions des femmes enceintes. Les faits rapportés par MM. Mascarel, P. Dubois, Lever et par M. Depaul établissent, au contraire, de la manière la plus incontestable, que l'éclampsie peut se développer indépendamment de l'albuminurie. Un autre côté de la question qui, à nos yeux, a bien son importance, c'est que l'albuminurie se rencontre très-fréquemment dans l'urine des femmes grosses, sans que pour cela l'éclampsie se développe nécessairement chez elles. En effet, M. Blot a trouvé, sur 205 femmes grosses, 41 cas d'albuminurie, et, de ces 41 femmes, 7 seulement sont devenues éclamptiques.

La relation de cause à effet entre l'éclampsie et l'albuminurie ne paraît donc pas aussi bien établie que le pensent quelques personnes et en particulier M. Cazeaux. Mais, au point de vue thérapeutique, la présence de l'albumine dans les urines est une chose qui doit être parfaitement connue des médecins, et les urines doivent donc être examinées à plusieurs reprises dans le cours de la grossesse, surtout lorsqu'elle approche de son terme. Nous nous demandons même pourquoi on n'emploierait pas chez ces femmes albuminuriques, qui offrent presque toutes le cachet chloro-anémique très-prononcé, pourquoi on n'emploierait pas chez elles, disons-nous, les préparations ferrugineuses qui ont si bien réussi entre les mains de M. Cathcart-Lees. Ce n'est là qu'une présomption, puisque nous n'avons pas de faits à l'appui ; mais nous comprenons très-difficilement qu'on ne dirige aucun traitement contre la déperdition d'un élément du sang aussi important, et l'analogie nous porte à croire que le succès devrait être le même que dans les cas d'albuminurie traités avec les ferrugineux par le médecin anglais. *Compte-rendu de l'Acad. de méd.*, janvier.)

CHLOROFORME (*Bons effets des vapeurs de*) *dans le traitement de quelques affections douloureuses, et en particulier des maladies de l'utérus.* Il s'agit ici de l'application topique du chloroforme sur les points malades et douloureux, non pas à l'état liquide, mais à l'état de vapeurs dirigées à l'aide d'un appareil particulier sur ces mêmes points malades. Cet appareil, que nous avons fait représenter ci-contre, se compose d'une petite chambre métallique, à laquelle est adaptée d'un côté une bouteille de caoutchouc, de l'autre un tuyau de sortie pour les vapeurs. La chambre métallique offre supérieurement une ouverture par laquelle on introduit un morceau d'éponge sur lequel on verse le chloroforme et que l'on bouche ensuite avec un écrou. Le tuyau de sortie pour les vapeurs est pourvu d'une soupape qui s'ouvre de dedans en dehors, et l'air se renouvelle au moyen d'une soupape, s'ouvrant en sens inverse, située au-dessous de ce tuyau. Il faut avoir soin de ne pas verser sur l'éponge plus de chloroforme qu'elle ne pourrait en absorber; car, sans cela, au

lieu de vapeurs de chloroforme, on ferait arriver du chloroforme liquide sur les parties malades. Du reste, rien de plus facile à comprendre que le mécanisme de cet instrument. En pressant la bouteille de caoutchouc, l'air est forcé de traverser la chambre métallique, dans laquelle il se charge de vapeurs de chloroforme, et il s'engage dans le tuyau de sortie, auquel on peut adapter un tube approprié, s'il s'agit de faire pénétrer les vapeurs dans des cavités intérieures.

C'est, en effet, principalement dans



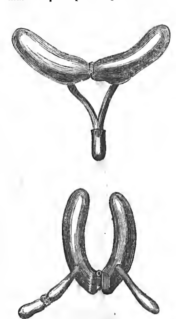
le but de faire arriver les vapeurs de chloroforme sur des parties profondément situées que M. Hardy, de Dublin, a fait construire cet instrument, et il en a fait usage surtout dans les maladies douloureuses de l'utérus. Ces vapeurs déterminent, principalement dans le vagin, une sensation de chaleur assez vive, dont quelques malades se plaignent plus les unes que les autres, mais qui ne tarde pas à se calmer et à disparaître après quelques minutes. S'il existe une douleur vive vers les organes génito-urinaires, dans les lombes, dans les reins, au-dessus du pubis, immédiatement après la sensation de chaleur, la douleur se calme ; et souvent ce n'est pas un calme de quelques instants, mais un soulagement qui dure plusieurs heures et à la suite duquel la douleur ne reparaît que très-mitigée.

C'est surtout dans les dysménorrhées, dans les métrites subaiguës et dans les métrites chroniques avec exacerbations aiguës que M. Hardy a fait usage de ces douches de vapeurs de chloroforme. Dans le cancer de l'utérus également, il a réussi de la même manière à calmer des douleurs qui forçaient à augmenter de jour en jour la quantité des narcotiques, et les malades ont généralement préféré ce moyen aux opiacés qui calmaient la douleur, mais leur laissaient un état nerveux, de la céphalalgie, de la perte d'appétit, de la constipation, etc. M. Hardy a encore fait usage avec succès de ces douches de vapeurs de chloroforme dans deux cas de fissures du mamelon et dans un cas rebelle de *prurigo pudendi*. Dans tous ces cas, les douleurs étaient profondément calmées pendant plusieurs heures après l'emploi de la douche.

En résumé, dit M. Hardy : 1° dans plusieurs formes de maladie, accompagnées de douleur ou d'irritation, les applications locales des vapeurs de chloroforme agissent souvent avec autant de rapidité pour calmer la douleur que lorsque ces vapeurs sont inhalées suivant la manière habituelle; 2° ces vapeurs appliquées localement n'ont aucun effet fâcheux, sauf la sensation d'une chaleur plus ou moins vive, soit au moment même, soit plus tard, et on peut donc en faire usage dans des circonstances qui contre-indiqueraient les inhalations ; 3° ces vapeurs constituent un traitement préférable à l'emploi de l'opium et de la plupart des narcotiques dans les affections spasmodiques et douloureuses, particulièrement du système utérin, d'abord en ce qu'elles n'occasionnent aucun dérangement des organes digestifs, et, en second lieu, à cause de la rapidité de leur action. (*Dublin Quarterly journ. of med.*, novembre.)

GANGRÈNE *de la bouche* (*Emploi de la créosote dans le traitement de la*). La grande difficulté que l'on éprouve à suspendre les progrès de la gangrène de la bouche et l'insuffisance malheureusement trop bien reconnue des moyens généralement employés contre cette affection nous engagent à faire connaître les bons effets qu'un médecin allemand, M. Haybach, aurait retirés de l'application topique de la créosote. Rien de plus simple que ce traitement; car il consiste à étendre la créosote avec un pinceau sur les parties malades. Il ne tarde pas à se montrer, dit ce médecin, une ligne de démarcation entre les parties saines et les parties malades, et les parties molles gangrénées ne tardent pas à se séparer, ce qui achève la guérison. Ce qu'il y a de remarquable, d'après M. Haybach, c'est que la créosote réussirait mieux dans les cas où l'économie semble avoir éprouvé une altération septique que lorsque la maladie est purement locale et ulcéreuse.—Nous consignons ces résultats avec une grande réserve et nous craignons bien que M. Haybach n'ait confondu la stomatite ulcéreuse avec la véritable gangrène de la bouche, le noma; néanmoins, comme il ne peut y avoir aucun inconvénient à employer la créosote dans les premières heures qui suivent le début de la maladie, nous croyons que les médecins feront bien d'y avoir recours avant de mettre en usage les caustiques puissants, actuels et potentiels. (*Organ. f. d. ges. Heilk.* 2, 3, 1853.)

HYSTEROPHORE (*Nouveau pessaire ou*). Nous empruntons à un journal allemand la description et la gravure d'un nouvel hystérophore très-ingénieux qui nous paraît susceptible de rendre des services pour contenir dans certains cas le déplacement de l'utérus. La figure ci-jointe en donne une très-bonne idée. Pour l'introduire, la malade doit être couchée sur le dos, et l'instrument préalablement huilé, fermé dans sa partie supérieure, c'est-à-dire les branches supérieures rapprochées, est glissé dans le vagin, la convexité regardant en bas et en arrière, la surface concave en avant et en haut. Une fois l'instrument introduit entre les lèvres de la vulve jusqu'à la charnière, on saisit avec le pouce et l'indicateur les extrémités des deux manches et on fait arriver par petites secousses l'instrument jusqu'en haut, ce qui entraîne le rapprochement des manches; l'instrument placé est fermé avec une vis ou un cliquet. Rien de plus facile que de le retirer, en ouvrant le cliquet ou en desserrant la vis, et les malades qui le portent peuvent l'enlever matin et soir, pour laver l'instrument et faire des injections. Cet hystérophore est en gutta-percha, et son inventeur, M. Schneeman, en a fait construire de trois grandeurs différentes; les plus grands sont pour contenir les chutes considérables du vagin ou de la matrice. (*Hannover Corresp. Blatt*, 4, 10, 1853.)



INCONTINENCE D'URINE (*Emploi du cubèbe contre l'*). Les effets si remarquables exercés par le copahu et le poivre cubèbe sur les organes génito-urinaires, et l'heureux succès de ce traitement dans la blennorrhagie ont engagé les médecins à tenter l'emploi de ces moyens contre plusieurs autres maladies des mêmes organes. C'est ainsi que nous avons rapporté, il y a un an

ou deux, un fait d'hématurie qui a été traité avantageusement par le cubèbe. Nous trouvons dans un journal allemand un travail de M. Deiters qui recommande ce même médicament contre la faiblesse de la vessie, du système nerveux et de la moelle épinière. C'est surtout dans l'incontinence d'urine liée à l'atonie du col de la vessie ou à la présence de vers intestinaux que M. Deiters se loue de ce traitement; seulement la dose de cubèbe doit être assez forte, deux fortes pincées tous les jours chez les petits enfants, deux à trois demi-cuillerées à café chez des enfants plus âgés ou des jeunes gens, tous les jours pendant trois à huit semaines. Sous l'influence de ce traitement, dit M. Deiters, l'incontinence diminue graduellement, ne se montre plus qu'à certains intervalles et finit par disparaître entièrement; ce moyen n'a du reste aucun inconvénient. D'après M. Deiters, on réussirait encore avec le cubèbe contre les pollutions des onanistes et dans les paralysies de la vessie consécutives à des chutes sur la colonne vertébrale. (*Orga. Viestel. Zeit.*, 16, 1853.)

INTOXICATION SATURNINE (*Nouveau fait à l'appui de l'emploi de l'iodure de potassium dans l'*). Nos lecteurs se rappellent probablement qu'il y a quelques années MM. Guillot et Melsens firent connaître une médication particulière des accidents saturnins et mercuriels, fondée sur le principe de rendre solubles les composés métalliques qui pourraient séjourner dans l'économie, en les associant à un corps que l'économie élimine avec la plus grande facilité; et, dans ce but, les deux auteurs proposèrent et employèrent avec succès l'iodure de potassium, qui dissout tous les composés insolubles fournis par les sels de mercure et de plomb, et les matières qu'on rencontre dans l'économie, et dont l'économie se débarrasse, comme on sait, avec la plus grande facilité et rapidité. Malgré les premiers succès qu'a comptés cette médication, nous ne sachons pas qu'elle ait acquis droit de domicile dans la pratique; et pour les accidents aigus, en particulier, cela n'a rien qui nous surprenne, parce que la médecine est suffisamment riche à cet égard; mais il n'en est pas de même pour les cas d'empoisonnement chronique, qui se montrent si souvent rebelles à nos moyens de traitement. C'est ce qui nous engage à faire connaître le fait suivant, dans lequel des accidents paralytiques fort étendus ont cédé avec assez grande rapidité à l'emploi de l'iodure de potassium.

C'était un homme de cinquante ans, broyeur de couleurs, qui depuis deux mois souffrait de douleurs musculaires très-vives, et était paralysé des membres supérieurs et inférieurs. Jamais il n'avait eu de colique, et, bien qu'un peu resserré du ventre, il était d'ailleurs dans un assez bon état de santé. Les membres supérieurs pendaient le long du corps comme des masses inertes, et retombaient dès qu'on les soulevait. Les jambes étaient moins complétement paralysées; il pouvait encore les mouvoir dans son lit; mais il lui était impossible de se soutenir debout, et surtout de détacher la jambe gauche du sol. Liséré bleuâtre, avec aspect fongueux et ulcération des gencives; dents encroûtées de mucus et de saletés.

Après qu'on l'eut purgé une fois, le malade fut mis à la diète lactée et à l'usage de la mixture suivante :

Pr. Iodure de potassium... 0,25 gram.
Liqueur de potasse...... 2 » gram.
Eau distillée de menthe. 45 » gram.

trois fois par jour. Ce traitement fut continué sans interruption jusqu'à sa sortie de l'hôpital; seulement le régime lacté fut remplacé par le régime de la maison, et la dose d'iodure fut portée à 0,40 gram. trois fois par jour. Des symptômes de catarrhe, qui suivirent l'emploi de l'iodure ne le firent pas interrompre; on se borna à donner tous les soirs des pilules de savon et d'opium, qui en vinrent bientôt à bout.

Les résultats de ce traitement furent des plus favorables, et M. Goolden fut bientôt récompensé de sa persévérance, en voyant l'état de ce malade s'améliorer très-sensiblement, bien que lentement. En trois semaines, il pouvait commencer à marcher; après deux mois, il pouvait se servir de la main droite pour prendre ses repas; les membres inférieurs avaient recouvré leur mouvement; de plus, le malade pouvait porter ses deux mains à la tête et écrire son nom, bien qu'avec difficulté. Enfin, après un traitement de sept mois, le malade put quitter l'hôpital, ayant recouvré la puissance de la main droite et écrivant lisible-

ment avec, mais conservant un peu de chute du poignet gauche. Ajoutons, et cela n'est certainement pas indifférer[illegible] car [illegible] est possible que ce moyen [illegible] quelque chose dans un succ[illegible] remarquable ; ajoutons, disons-nous, que le galvanisme fut employé chez ce malade ; seulement il est probable qu'il ne le fut pas avec beaucoup de suite, car l'auteur de l'observation n'indique rien à cet égard. (*The Lancet*, décem.)

PARALYSIE DE LA VESSIE (*Obs. de*) *traitée avec succès par les injections de nicotine.* L'emploi des injections vésicales a gagné beaucoup de terrain dans ces derniers temps ; nous ne croyons pas cependant qu'avant M. Pavesi, quelque chirurgien ait eu la hardiesse d'injecter dans le réservoir urinaire une substance aussi active et aussi énergique que la nicotine, dans le but de guérir la paralysie vésicale. Voici en quelques mots le fait rapporté par M. Pavesi.

Un homme de plus de soixante ans avait été pris, à la suite d'un refroidissement survenu pendant la nuit, de douleurs violentes dans la région lombaire et à la partie inférieure de la colonne vertébrale, dans les aines et dans la région de la vessie, avec strangurie. Après dix jours, tous les symptômes aigus avaient disparu, mais le malade conserva une paralysie de la vessie, de sorte qu'il lui fallait se faire sonder deux ou trois fois par jour ou porter une sonde à demeure. Divers moyens avaient été employés sans succès, lorsque, deux mois et demi après le début des accidents, le malade vint consulter M. Pavesi. Ce chirurgien employa d'abord l'électricité pendant un mois ; mais il n'y eut pas de résultat soutenu ni durable, et le malade n'urina jamais librement plus de deux heures après l'électrisation. M. Pavesi songea alors aux injections de nicotine pour rendre à la vessie la contractilité qu'elle avait perdue. Voici comment il y procéda : il introduisit une grosse sonde en argent dans la vessie, retira l'urine et pratiqua une injection de 4 à 5 onces d'une décoction faible de mauves pour nettoyer les parois vésicales ; après quelques minutes, il laissa écouler le liquide et il injecta 15 grammes d'une solution de nicotine comme suit :

Pr. Nicotine.....	0,60	gram.
Eau distillée..	360	gram.
Mucilage.....	30	gram.

L'opération fut répétée une seconde fois dans l'après-midi ; on y revint tous les jours, et, après trois jours, la quantité de la solution fut portée à 30 grammes. En continuant ainsi tous les jours, la vessie reprit graduellement sa puissance contractile, de sorte qu'après quinze jours, le malade pouvait se passer complétement du cathétérisme. Jamais les injections n'amenèrent d'effet particulier sur les centres nerveux. Après vingt jours, le malade urinait par un jet parabolique de vingt-sept centimètres de diamètre, sans aucun effort.

Nous avons cru devoir faire connaître ce fait, parce que la nicotine, par la puissance tétanique qu'elle possède, est certainement susceptible de rendre des services dans les paralysies ; mais, ce qu'il ne faut pas perdre de vue, c'est qu'un agent aussi terrible ne devra être manié qu'avec une très-grande prudence et en commençant par des doses très-faibles, sauf à les augmenter graduellement. (*Gazzetta med. Lombarda*, nº 41, 1853.)

PHOSPHATE DE CHAUX *comme moyen de remédier à l'alimentation insuffisante des enfants par leurs nourrices.* On sait quel rôle important le phosphate de chaux joue dans l'économie. Ainsi que l'a démontré Chossat, et c'est un principe admis aujourd'hui par tous les physiologistes, l'alimentation est insuffisante quand les aliments ne contiennent pas assez de phosphate de chaux pour restituer à l'économie celui qui en est continuellement expulsé. C'est de ce principe qu'est parti un jeune chimiste, M. Mouriès, pour rechercher si ce ne serait pas à cette insuffisance du phosphate de chaux qu'il faudrait rapporter certaines maladies et si, par l'addition artificielle de ce sel aux aliments, on ne pourrait pas prévenir le développement de ces maladies. Ce que M. Mouriès a vérifié en premier lieu, c'est que l'alimentation communément en usage dans les villes ne contient pas une proportion suffisante de phosphate de chaux, surtout lorsqu'il s'agit d'une femme enceinte et d'une nourrice. Fixant en effet par l'examen des *excreta* la quantité de phosphate de chaux qui

doit être ingérée dans les vingt-quatre heures, quantité qui doit être de 6 grammes par jour, M. Mouriès a constaté que les urines des femmes à la campagne donnent 5 grammes de phosphate par jour, tandis qu'elles oscillent de 1à 5 grammes dans les villes ; et il a constaté de plus que l'alimentation des femmes des villes offre sous ce rapport une insuffisance journalière de moitié environ. Par suite, le lait de femme a le même défaut ; l'enfant, comme le fœtus, souffrent de l'absence de cet aliment indispensable à leur vie et à leur développement. De là, suivant M. Mouriès, une des principales causes de l'énorme accroissement du chiffre des mort-nés et de celui de la mortalité des enfants dans les villes. Un insuffisance moins marquée fait naître la série des maladies lymphatiques. On comprend que l'addition du phosphate de chaux, uni à une matière animale, doit compléter l'alimentation et prévenir les maladies, et la mort qui suivent toujours l'absence ou l'insuffisance du phosphate des os. M. Mouriès a administré en effet à des nourrices, dans leur potage, 12 grammes par jour de phosphate de chaux albumineux, et il a été frappé des changements survenus dans l'aspect des nourrices et des enfants.

Nous avons cru devoir reproduire les données du travail de M. Mouriès, sur lequel M. Bouchardat a présenté à l'Académie de médecine un rapport très-intéressant, non pas que nous acceptions aveuglément l'intervention de la chimie dans la thérapeutique, mais parce que les faits annoncés par M. Mouriès concordent avec les données physiologiques d'une part, avec les faits thérapeutiques de l'autre. L'utilité de l'emploi du phosphate de chaux est en effet une chose reconnue depuis longtemps dans le traitement des maladies dites lymphatiques, et nous faisions connaître, il y a peu de temps, les bons résultats qu'un médecin américain en avait obtenus dans la phthisie pulmonaire. Nous ajouterons que dans certains cas de phthisie à marche chronique nous en avons obtenu nous-même de très-bons résultats, surtout lorsqu'on l'associe à l'huile de foie de morue. Quant à la question précisément soulevée par M. Mouriès, de l'emploi du phosphate de chaux chez les nourrices des villes, nous ne voyons pas quelle objection cet emploi peut rencontrer, lorsque l'on voit nourrice et élève dépérir tous les deux. Il est bien vrai, comme on l'a dit, que, grâce à une bonne alimentation, les nourrices des villes pourraient devenir supérieures aux femmes qui nourrissent à la campagne; mais cette bonne alimentation n'a-t-elle pas pour effet de leur restituer la quantité de phosphate de chaux qui leur manquerait sans cela? et d'ailleurs ne peut-il pas y avoir à l'emploi de cette alimentation plus forte que d'habitude des obstacles que l'on tourne en quelque sorte par l'administration du phosphate de chaux? Nous croyons donc que les vues de M. Mouriès ont assez de consistance pour mériter une vérification, et, à ce titre, nous les recommandons à l'attention de nos confrères. (*Compte-rendu de l'Acad. de méd.*, janvier.)

VARIÉTÉS.

Depuis le début de l'année aucun malade cholérique n'a été reçu dans les hôpitaux civils de Paris.

L'hôpital Sainte-Marguerite a cessé, depuis le 1er janvier, de recevoir des adultes. D'après les ordres de l'Empereur, il est transformé en un second hôpital d'enfants.

M. le professeur Chélius, conseiller intime de S. A. le grand-duc de Bade, directeur de la clinique chirurgicale d'Heidelberg vient d'être nommé officier de la Légion-d'Honneur. Pendant son court séjour à Paris, M. Chélius est venu assister à une séance de la Société de chirurgie, dont il est

membre associé. Un banquet a été offert au savant professeur par la Société. La fête a été des plus brillantes et d'une parfaite cordialité.

Le 28 janvier, un concours sera ouvert pour trois places de médecin au bureau central d'admission dans les hôpitaux et hospices.

Un concours pour une place de chirurgien-major à l'Hôtel-Dieu de Lyon doit s'ouvrir dans cette ville, le 8 mai prochain.

Les nominations suivantes viennent d'être faites dans les hôpitaux de Toulouse : M. Estevenet, chirurgien en chef de la Grave, a été nommé au service de la Maternité. M. Laforgue, chirurgien adjoint à l'Hôtel-Dieu, a été nommé chirurgien en chef de l'hôpital de la Grave. M. Desharreaux-Bernard a été nommé médecin de l'Hôtel-Dieu, et M. Foucquet, médecin de l'hôpital de la Grave.

Ont été nommés dans l'ordre de la Légion-d'Honneur : *officier*, M. Mayer, médecin principal aux hôpitaux de la division d'occupation en Italie; *chevaliers*, MM. Lanaud, Petit, Bouisson et Jubiot, chirurgiens de la marine.

La Société de médecine a formé son bureau ainsi qu'il suit pour 1854 : président, M. Brière de Boismont; vice-président, M. Géry; secrétaire général, M. Bois de Loury; secrétaires des procès-verbaux, MM. Piétra-Santa et Guihout.

M. le docteur Alph. Samson vient d'être nommé contrôleur du matériel de la Faculté de médecine. Le contrôleur est chargé, sous l'autorité du doyen, de pourvoir à ce que les inventaires soient régulièrement tenus, et à ce que les objets mis à la disposition des professeurs et des élèves, pour les études et les démonstrations, soient exactement réintégrés dans les collections.

Le maire de la ville de Caen a institué une Commission chargée de constater l'état, sous le rapport de la salubrité, des liqueurs, sucreries, dragées et pastilles mises en vente dans cette ville à l'époque des étrennes.

La population de Paris est de 1,053,262. Pour soigner cette population, Paris renferme 1,351 docteurs, 164 officiers de santé et 446 pharmaciens : par conséquent on compte : 1 docteur sur 779; 1 officier de santé sur 6,442; 1 pharmacien sur 2,531. Si l'on rapproche ces chiffres de ceux que donne la province, on conviendra que Paris est extrêmement riche en médecins et en pharmaciens. La statistique de la France m'avait donné, dit M. Roubaud, pour les médecins (docteurs et officiers de santé réunis), 1 sur 1,940 habitants, et pour les pharmaciens, 1 sur 6,914. A Paris, les docteurs et les officiers de santé réunis sont, avec les habitants, dans la proportion de 1 sur 695. Ainsi, pour que la population entière de la France eût à son service autant de médecins et de pharmaciens que la population de Paris, il faudrait tripler le nombre des médecins et des pharmaciens qui existent aujourd'hui dans notre pays.

Le rédacteur en chef, E. DEBOUT.

THÉRAPEUTIQUE MÉDICALE.

COUP D'ŒIL SUR L'ÉPIDÉMIE CHOLÉRIQUE AU POINT DE VUE THÉRAPEUTIQUE : TRAITEMENT DE LA TROISIÈME PÉRIODE.

Par MM. P. Briquet, médecin de l'hôpital de la Charité, et Ernest Goupil, interne des hôpitaux.

Dans le traitement des deux premières périodes du choléra on a vu la médecine, plus forte que la maladie, l'arrêter dans sa marche et la faire avorter, presque comme le quinquina arrête et coupe une fièvre ntermittente. Dans les périodes qui vont suivre, la lutte a été plus pénible et le succès moins assuré. La thérapeutique montre encore sa puissance, car si le médecin a des revers, il a aussi, dans la troisième période, des succès qui compensent ses pertes.

Nous rappellerons que ce qui constitue pour nous la troisième période, c'est la production de l'algidité, la cyanose, la faiblesse ou l'absence même du pouls aux radiales, ajoutées aux phénomènes observés pendant la période phlegmorrhagique. Comme cette période comprend des malades qui présentaient des degrés de gravité différents, nous diviserons nos observations en deux classes : la première comprenant l'algidité au premier degré, c'est-à-dire avec froid des extrémités, sans cyanose bien notable, et conservation du pouls ; la deuxième, comprenant l'algidité au summum, c'est-à-dire avec froid complet, aphonie et absence presque complète du pouls aux radiales.

Première catégorie. — Les malades de la première catégorie sont au nombre de six, en y comprenant la malade cancéreuse dont il a été parlé plus haut et à laquelle, en raison de sa cachexie avancée, on n'a pu faire qu'un traitement peu actif. Quatre de ces malades étaient assez cachexiées, soit par leur constitution, soit par des maladies antécédentes, au moment où elles ont été prises de la diarrhée; les deux autres paraissaient d'une bonne constitution.

Voici le traitement qu'on a suivi. Le premier jour :

1° Application d'alèzes chaudes et de boules d'eau bouillante, frictions avec des flanelles chaudes; et même, chez trois d'entre elles qui ne s'étaient réchauffées qu'incomplétement, frictions à la glace, au nombre de trois ou quatre par jour ; on faisait ces frictions avec un morceau de glace sur les membres pendant environ trois minutes pour chacun ; puis on essuyait avec soin, et on les frottait de nouveau avec des flanelles chaudes, dans lesquelles les membres restaient enveloppés.

2° L'ipécacuanha administré à la dose de 15 à 18 décigrammes,

comme dans la période précédente; chez une malade on a eu recours deux fois à l'ipéca, à trente-six heures de distance.

3° Une potion gommeuse donnée d'heure en heure après la cessation de l'effet vomitif, pendant les douze heures suivantes, et contenant soit de 50 à 60 gouttes de laudanum, soit de 3 à 6 centigrammes d'acétate de morphine; pour les douze heures de nuit, une potion avec une dose moitié moindre, soit de laudanum, soit d'acétate de morphine. (Une seule fois on est arrivé à donner progressivement jusqu'à 10 centigrammes d'acétate de morphine en vingt-quatre heures.)

4° Quatre quarts de lavement émollient avec laudanum de Sydenham, de 10 à 15 gouttes dans chaque quart de lavement.

5° Sinapismes appliqués à l'épigastre deux fois par jour chez toutes les malades; et même chez trois d'entre elles des vésicatoires très-larges ont été appliqués sur cette partie.

6° Boissons qui ont été, soit une infusion de menthe ou de thé, soit de la limonade, soit de la glace par fragments, qui était ordinairement mieux supportée que les boissons chaudes.

L'emploi des opiacés a été continué comme dans la période précédente, jusqu'à la cessation de tous les phénomènes cholériques.

Voici le résultat de ce traitement :

L'algidité a cessé définitivement chez deux malades au bout de douze heures; chez une troisième, après deux jours seulement; chez les trois autres malades l'algidité n'a cessé que temporairement et a continué jusqu'à la mort, qui est arrivée six jours après leur entrée, après des alternatives de réchauffement momentané puis de refroidissement; on a inutilement continué chez ces dernières malades les frictions chaudes et à la glace, les boissons stimulantes, telles que le punch, le thé, le café. Chez l'une d'elles, on a eu recours à un bain sinapisé, puis à l'injection de 750 grammes d'eau salée dans les veines; tout cela n'a amené qu'une réaction incomplète.

Les vomissements ont été arrêtés définitivement après un jour chez trois malades; après le second jour chez une quatrième; chez deux, qui sont mortes, ils n'ont pas cessé. Ce fut surtout à ces malades, tourmentées par des nausées, bien que n'ayant plus de vomissements, que l'on a donné des fragments de glace comme boisson.

Le hoquet a cessé le premier ou le second jour du traitement.

La diarrhée cholérique s'est arrêtée chez les malades guéries au bout de deux, trois et quatre jours; chez celles qui ont succombé, elle a continué jusqu'à la fin.

La sensation d'oppression à l'épigastre a cessé après deux jours de traitement chez deux malades, un jour après l'application du vésica-

toire appliqué à l'épigastre ; chez une troisième elle a persisté pendant cinq jours, bien que le vésicatoire eût été appliqué le troisième jour ; c'était une jeune fille sujette depuis longtemps à la gastralgie.

Les accidents cérébraux ont été complétement enrayés après deux jours chez les trois malades qui ont guéri ; ils avaient cessé dès le quatrième jour chez deux femmes qui ont succombé.

Ce n'est qu'au quatrième et au cinquième jour que l'on a cessé de pouvoir provoquer du gargouillement par la pression, et c'est seulement le lendemain qu'on a permis de prendre du bouillon. Le séjour des malades à l'hôpital a été de vingt à vingt-cinq jours.

En définitive, sur six malades traitées dès le commencement de la période algide, il y a eu trois guérisons et trois morts. On voit que nous n'avons pas trop présumé des ressources de la thérapeutique.

Nous avons pu tirer toutes ces malades de l'état algide, et nous avons bien constaté qu'aussitôt après l'action du vomitif, les signes de la réaction avaient commencé à se manifester, même chez les sujets cachexiés. En même temps, les vomissements et les nausées étaient suspendus, et presque aussi facilement que dans la seconde période. Aussi recommandons-nous ce moyen comme l'un des plus sûrs et des plus puissants, et nous engageons les praticiens à en répéter l'emploi, toutes les fois qu'au bout de deux jours les vomissements reparaissent ou que la diarrhée blanche ne cesse pas.

L'effet du vomitif sur la diarrhée a été, comme on l'a vu, moins prompt, et tout indique que l'adjonction des opiacés a été nécessaire pour suspendre ce flux dangereux. Mais nous ne craignons pas de le dire, dans l'algidité commençante, l'ipécacuanha s'est montré un remède presque aussi héroïque que dans la seconde période.

Nous insisterons également sur les avantages que nous avons tirés des applications rubéfiantes et vésicantes faites sur la région épigastrique. Deux causes de souffrances tourmentent horriblement les malades : la sensation épigastrique, espèce de crampe du diaphragme et des muscles abdominaux, qui, outre la douleur qu'elle excite, semble près de faire suffoquer le malade, et les hoquets incessants. Il a été rare que les sinapismes, ou le vésicatoire à l'épigastre, aidés des boissons glacées ou des fragments de glace, n'aient pas diminué à l'instant même ou fait prompte justice de ces deux tourments des cholériques.

Aucune de nos malades de cette période n'a pu supporter les boissons chaudes, celles-ci étaient repoussées en quelque sorte par instinct ou vomies quand les malades avaient, en les prenant, surmonté leur répugnance. Les boissons froides, les substances acidules, la glace, étaient demandées avec insistance, et le bien-être qu'elles procuraient était

indicible. Aussi conseillons-nous ce genre de boisson comme le plus agréable et le mieux supporté. Aucun des moyens principaux du traitement que nous venons d'indiquer ne produit de troubles ni d'inconvénients sérieux.

Les trois malades qui ont guéri ont eu une convalescence facile et qui n'a été troublée par aucun accident ; il n'est point resté de douleur, l'appétit a repris promptement, et les aliments ont pu être donnés sans amener de dyspepsie. La fièvre elle-même a cessé aussi promptement que les autres symptômes morbides.

Deuxième catégorie.—Nous voici arrivés à une catégorie de malades dans laquelle on ne retrouvera plus le succès des périodes précédentes; outre l'extrême gravité du choléra arrivé à ce degré avancé, nous avons eu à subir cette fois-ci, comme en 1849, l'influence fâcheuse que produit le sexe sur la mortalité : en 1849, la mortalités à l'hôpital de la Charité avait été plus forte d'un sixième chez les femmes que chez les hommes ; cette fois-ci la même proportion s'est observée.

Ainsi que nous l'avons dit, nous n'avons fait entrer dans cette classe que les malades qui ont présenté l'algidité au summum, c'est-à-dire le froid des membres, de la face, de la langue et souvent même de tout le tronc, la cyanose très-prononcée, l'aphonie complète, l'absence du pouls aux radiales, et les plis de la peau très-persistants ; onze malades sont arrivées dans cet état.

De ces onze malades, trois étaient des femmes âgées, très-fatiguées et très-usées ; quatre étaient des jeunes femmes accouchées depuis sept à quinze jours, qui avaient été prises de diarrhée cholériforme à l'hôpital des Cliniques et à la Maternité ; une autre était une jeune fille maigre et grêle, qui avait soigné sa sœur malade du choléra ; elle était épuisée tant par les fatigues que par les privations ; les trois autres étaient en apparence de bonne constitution.

Ces femmes étaient malades depuis un temps très-variable ; cinq d'entre elles n'étaient malades que depuis un jour, et en vingt-quatre heures elles étaient arrivées à la période algide extrême, c'étaient des choléras d'emblée ; toutes étaient en période algide depuis au moins douze heures ; trois y étaient depuis vingt-quatre heures. Le traitement a été ainsi constitué :

1° Les malades, dès leur arrivée, étaient couchées et enveloppées d'alèzes chaudes ; on plaçait autour d'elles des boules d'eau bouillante. Neuf malades ont été soumises aux frictions à la glace, faites ainsi qu'il a été indiqué dans le paragraphe précédent, mais au nombre de six à huit par jour ; deux seulement n'en ont pas eu, elles étaient tellement

affaissées et dans un coma si profond, que l'on a dû craindre qu'elles ne fussent point en état de fournir une réaction suffisante. Les frictions à la glace ont été continuées jusqu'à ce que la réaction fût bien manifeste et que la malade fût complétement réchauffée ; ainsi, une de nos malades a été frictionnée quatre jours.

2° Dès que les malades commençaient à se réchauffer, on leur administrait un vomitif d'ipécacuanha ; sept malades seulement l'ont pris ; quatre malades ne nous ont pas paru en état de le supporter, et elles sont mortes en moins de vingt-quatre heures. Cinq malades seulement ont pris le vomitif le premier jour, après douze heures de séjour à l'hôpital ; les deux autres l'ont pris, après une journée ; trois fois on a été obligé de recourir une seconde fois, à un ou plusieurs jours d'intervalle, à l'administration d'un second vomitif, à cause de la persistance, soit des vomissements, soit de la diarrhée.

3° Immédiatement après la cessation des vomissements provoqués par le vomitif, on donnait par cuillerée à bouche, d'heure en heure, une potion gommeuse de 60 grammes avec 50 gouttes de laudanum ; une seconde potion avec 30 gouttes seulement était donnée pour les douze autres heures. Dans les vingt-quatre heures, on donnait quatre quarts de lavement avec addition de 12 à 15 gouttes de laudanum par quart de lavement. Une seule fois nous avons dépassé ces doses, et trois malades seulement, plongées dans le coma et n'ayant eu aucune réaction, n'ont pas pris d'opium.

4° On appliquait un large vésicatoire à l'épigastre, le plus souvent le second jour, alors que le traitement n'avait pas diminué l'oppression épigastrique ; chez toutes, dès le début ; on appliquait de larges sinapismes à la région épigastrique, et chez une d'elles, qui a succombé dans le coma le lendemain de son entrée, on a également mis des vésicatoires aux jambes.

5° On donnait ordinairement pour tisane une infusion de menthe ou de thé, du punch, du café ou de l'eau vineuse ; le punch a été de toutes ces boissons celle dont les malades se sont dégoûtées le plus vite. Les jours suivants, lorsque la réaction était survenue, on donnait, soit de la limonade à la glace, soit une solution de sirop de groseille, et souvent de la glace par fragments, à laquelle on mélangeait le jus d'une orange ; la glace, ainsi acidulée et ayant une saveur agréable, était la substance que préféraient en général tous nos malades.

6° Enfin, dans les cas extrêmes, quand on n'avait pu parvenir à réchauffer les malades, et que tous les moyens ordinairement usités avaient échoué, nous avons eu recours à l'injection dans les veines de

l'eau très-légèrement salée. Cette pratique avait été vantée par des médecins anglais et américains ; l'un de nous l'avait déjà tentée une fois avec un demi-succès, ainsi qu'on le peut voir dans le Traité du choléra de 1849, par MM. Briquet et Mignot, page 570.

Nous avons répété ces injections quatre fois, et chaque fois sur des sujets à l'état d'algidité extrême avec absence complète de la chaleur, du pouls aux radiales et de la voix ; en un mot, sur des moribonds.

Nous avons suivi le manuel opératoire suivant :

L'eau dont nous nous sommes servis était très-légèrement salée (10 grammes de sel blanc, chlorure de deutoxyde de sodium, pour 500 grammes d'eau), et maintenue au bain-marie à une température de 35 à 40 degrés. Le bras étant bandé comme pour pratiquer une saignée, nous incisons la peau avec un bistouri, de façon à découvrir la veine sans l'ouvrir ; puis nous introduisons de bas en haut dans la veine, ayant soin de ne pas la traverser, un trocart explorateur très-fin. En retirant le trocart de la canule il s'écoule aussitôt quelques gouttes de sang ; l'opérateur applique alors le doigt sur l'ouverture de la canule, un aide enlève la bande du pli du bras, un autre charge une seringue qui doit être au moins d'une capacité de 250 grammes ; puis l'affleure avec soin pour éviter d'injecter quelque bulle d'air, et la canule de la seringue est introduite dans celle du trocart. Il s'écoule alors de nouveau quelques gouttes de sang ; l'aide pousse alors le piston lentement et également ; puis la seringue est remplie de nouveau, et l'on injecte comme la première fois. Ce temps de l'opération est assez délicat ; les veines sont petites et très-friables, l'opérateur doit donc tenir la canule du trocart avec grand soin, pour éviter que la pression de la seringue ne perfore la veine ; il faut également que le bras du malade soit maintenu immobile, le moindre mouvement produisant de même la déchirure de la veine.

Nous avons injecté deux fois 500 grammes de liquide et deux autres fois 750 grammes. La seringue dont nous nous sommes servis était une seringue à hydrocèle et à anneaux, dont la canule s'appliquait exactement à l'ouverture de la canule de notre aiguille exploratrice.

Voici quels furent les résultats de ce traitement :

Trois malades ont guéri ; huit ont succombé dans la période algide, sans avoir présenté une réaction complète ; ces huit malades sont mortes en moyenne après un peu moins de deux jours de séjour à l'hôpital ; l'une d'elles est morte quatre heures après son arrivée : c'était une jeune fille prise seulement depuis douze heures. Une autre malade était une femme âgée, très-fatiguée, déjà en période algide depuis la veille, et apportée à l'hôpital presque moribonde ; la voix était nulle, le

pouls insensible, les mains et les bras cyanosés. La malade nous ayant paru, ainsi qu'aux assistants, tout à fait agonisante, nous lui avons fait sur-le-champ une injection de 500 grammes d'eau salée dans les veines. Immédiatement après l'injection, le pouls a reparu aux radiales comme dans les troi autres cas, et a même présenté une certaine force ; la voix est revenue, la figure s'est ranimée ; la cyanose a disparu pour faire place à une teinte rosée ; les membres supérieurs et inférieurs, la face et la langue se sont réchauffés ; la malade heureuse, et se croyant arrachée à la mort, nous a remerciés et aurait volontiers accepté une seconde injection.

L'amélioration se soutint pendant vingt heures; puis les phénomènes d'algidité reparurent ; on fit une seconde injection dont le résultat fut, comme la première fois, tellement satisfaisant que, douze heures après, nous pûmes espérer sauver la malade ; mais, au bout d'un laps de temps de douze autres heures pendant lesquelles l'amélioration s'était soutenue, l'algidité reparut et emporta la malade au bout de cinq heures. Chez les deux autres malades également presque mourantes, l'amélioration momentanée fut tout aussi notable, mais elle ne fut que passagère, et l'algidité reparut au bout de six et de neuf heures.

Il était curieux de rechercher sur les veines du bras et sur le sang quel avait été l'effet de l'injection.

Chez la première malade, les deux injections avaient été poussées par la même veine, et avec d'autant plus de difficulté que c'était la première fois que nous faisions cette opération. La veine médiane céphalique contenait un caillot rougeâtre ; ses parois étaient dépolies, un peu injectées, et une teinte rosée légère, due à une fine injection, s'étendait jusqu'à 8 centimètres de hauteur ; au delà les veines céphaliques, axillaire, sous-clavière et cave supérieure étaient parfaitement saines. Peut-être cette phlébite devait-elle être attribuée, non à l'injection, mais à ce que la canule dont nous nous étions servis la première fois était en platine, et s'était échauffée à tel point qu'elle produisait sur la main de l'opérateur, comme à la malade, une sensation de chaleur pénible et presque de brûlure ; la canule d'argent n'a pas reproduit cet accident. Les veines médiane céphalique, axillaire, sous-clavière et cave supérieure des deux autres malades étaient parfaitement saines.

Le sang contenu dans ces veines était assez fluide, sans caillots ; dans le cœur droit seulement on trouvait un caillot légèrement fibrineux.

Chez les trois malades qui ont guéri, les choses se sont passées de la manière suivante :

L'algidité a cessé assez rapidement chez deux d'entre elles (après

douze et vingt-quatre heures) ; chez la troisième, elle a persisté, quoique assez faible, pendant quatre jours ; mais ce n'est qu'à la fin du premier septénaire que la peau a repris son élasticité et son aspect normal.

Les crampes ont cédé après un ou deux jours de traitement. Les urines n'ont reparu que le quatrième jour ; elles étaient albumineuses chez deux malades, et chez la troisième elles ont été ictériques. L'oppression épigastrique n'a ordinairement cessé qu'après une semaine ; le hoquet n'a pas suivi la même marche ; il a ordinairement cédé en deux jours, c'est-à-dire le lendemain de l'administration de l'ipécacuanha. Chez une malade, il a reparu et a duré onze jours ; mais cette malade présentait un léger ictère et un peu de tension douloureuse du foie. Les vomissements ont cessé après deux jours chez une seule, et ont duré huit jours chez les autres. La cessation des accidents cérébraux a été très-variable ; elle est arrivée le troisième, le huitième et le onzième jour.

La diarrhée a duré de sept à dix jours, et ce n'est qu'à la même époque que le pouls est redevenu plus fort et médiocrement fréquent (60 à 80 pulsations), et que la voix a repris son timbre normal. Un peu plus tard, c'est-à-dire du dixième au douzième jour, on a cessé de percevoir du gargouillement ; et ce ne fut qu'après la cessation de ce symptôme que les malades ont commencé à prendre du bouillon. Deux d'entre elles sont sorties de l'hôpital ; il n'en reste plus qu'une, qui est dans un état de convalescence très-avancé.

Ces femmes et celles de la catégorie précédente ont eu une réaction assez facile à conduire ; nous n'avons eu à combattre que les nausées, les vomissements, le hoquet, un degré modéré de fièvre, et tous les deux à trois jours une selle cholérique. Pour éviter des digressions, nous indiquerons plus loin le traitement que nous leur avons fait suivre.

En définitive, sur onze cholériques arrivées à ce degré extrême d'algidité, nous n'avons pu en sauver que trois; c'est un chiffre bien minime, qui s'explique par l'état de santé antécédent des malades, et qui, d'ailleurs, prouve que ces cas extrêmes sont aussi réfractaires à la médecine qu'ils l'étaient en 1832. Aussi est-ce sur cette dernière période que doivent, à l'avenir, ce nous semble, porter les efforts d'investigation.

Jusqu'à ce qu'on ait trouvé des moyens plus puissants, nous pensons que ceux que nous avons employés sont les meilleurs de ceux que l'on connaisse.

Les frictions à la glace, suivies de frictions avec des corps chauds, constituent, selon nous, le moyen le plus sûr pour ramener la chaleur

à la peau. On connaît l'influence de l'application momentanée de la neige sur l'enveloppe extérieure du corps, aussi la neige vaudrait mieux que la glace, toutes les fois qu'on pourrait s'en procurer. En ayant soin de faire la friction pendant quelques minutes seulement, et successivement sur chacun des membres, puis frictionnant avec des alèzes chaudes, on excite la production des actions vitales, et la peau ne se réchauffe pas comme un corps inerte. Un très-petit nombre de malades sont restés insensibles à cette opération; presque toujours on a ramené la chaleur pour plus ou moins de temps.

Le vomitif a été loin d'avoir le succès qu'il avait eu dans les périodes précédentes ; cependant chacune des trois malades qui ont guéri a pris l'ipécacuanha au moins deux fois ; chaque fois son emploi était suivi d'une réaction évidente en même temps que d'une diminution dans les vomissements. Dans les cas où il n'a pas réussi, la réaction était nulle, ou seulement momentanée, mais jamais il n'a paru avoir augmenté la prostration.

Aussitôt le vomitif, l'indication la plus pressante était de provoquer une certaine excitation, et ce fut dans ce but que nous avons eu recours au punch, au vin et au café, que les malades ont pris dès l'abord avec plaisir, mais qu'ils ont fini par repousser assez constamment au bout d'un à deux jours. Nous n'avons jamais employé de drogues stimulantes; celles-ci augmentent constamment la tendance aux nausées et aux vomissements qu'ont les malades, et leur inspirent une répugnance et un dégoût qui ne peuvent qu'aggraver leur situation. Nous avons constaté, d'ailleurs, qu'il y avait autant de force stimulante dans les boissons agréables dont nous venons de parler, que dans les substances pharmaceutiques les plus énergiques.

Arrivées au degré soit de répugnance absolue, soit de vomissements continuels, la glace simple ou acidulée, l'eau de Seltz, la limonade à la glace, ont été les substances les plus désirées et les plus utiles, soit pour apaiser la soif, soit pour arrêter les vomissements.

Fidèles à notre intention de rendre le système nerveux insensible au toxique cholérigène, nous avons, autant que nous l'avons pu, continué l'usage des opiacés sitôt que la réaction était établie. Quand ceux-ci ne pouvaient pas être administrés à raison de la stupeur, nous y avons substitué l'alun en potion et en lavements. Il nous serait, nous en convenons, difficile de déterminer l'effet positif que nous avons obtenu de ce genre de moyens.

Le vésicatoire à l'épigastre a eu, même dans cette période, des effets évidents ; quelle qu'ait été l'issue de la maladie, il a constamment diminué ou arrêté l'oppression et les douleurs épigastriques.

Enfin, nous recommandons les boissons froides et la glace comme les moyens les plus puissants qu'on puisse opposer aux nausées, au vomissement et au hoquet.

Il nous reste à parler de l'injection d'eau dans les veines, et nous revenons sur ce sujet parce qu'il nous semble n'avoir pas dit son dernier mot.

Pour tous ceux qui ont bien observé l'état algide avant et après la mort, il est bien certain qu'il y a là une sorte d'asphyxie. Le sang, privé d'une partie de son eau, a pris une consistance de gelée ; il ne coule plus dans les veines (on peut voir dans des analyses de sang faites en 1849, par MM. Briquet et Mignot, que la quantité d'eau avait diminué d'un septième ou d'un huitième, et que cette quantité avait été remplacée par des sels et de l'albumine). Il faut absolument rendre de la fluidité au sang; on y arrive de deux manières, soit en pratiquant des saignées, soit en introduisant de l'eau dans le sang.

Quelques médecins d'une grande expérience ont recommandé la saignée; l'un de nous a expérimenté ce moyen en 1849, et il croit en avoir précisé la valeur. On ne peut, quoi qu'on fasse, tirer que 100 à 200 grammes de sang ; cette extraction est très-lente et très-difficile ; il faut s'adresser à plusieurs veines pour en obtenir cette quantité. Or, qu'est-ce que 150 grammes de sang? c'est ce qui se trouvait dans l'avant-bras saigné ; celui du reste de l'économie n'en ressent guère l'influence, et il est difficile de comprendre qu'il en soit autrement. Aussi, sous le point de vue de la liquéfaction du sang, l'influence de la saignée est nulle.

L'injection de l'eau dans les veines n'est pas sujette au même reproche ; quand on injecte 5 ou 600 grammes d'eau, on a la certitude que le sang du côté droit du cœur est fluidifié, et il y a lieu de supposer qu'en passant à travers les poumons il a conservé cette fluidité, par conséquent qu'il est encore dans des conditions qui lui permettent de couler dans les veines pulmonaires et de ne pas provoquer l'asphyxie et par suite l'algidité.

Nous savons bien que ce n'est qu'un palliatif; mais nous croyons qu'on pare ainsi à ce qui presse le plus. Cependant c'est déjà quelque chose que de faire revenir le pouls, la chaleur et la force. Aussi pensons-nous que si l'on injectait graduellement, soit en une fois, soit à plusieurs reprises, une quantité d'eau plus grande que celle que nous avons injectée, on pourrait s'attendre à des effets plus durables que ne l'ont été ceux que nous avons observés. Nous fondons notre croyance sur l'amélioration prolongée qui s'est produite chez la malade à laquelle nous avons fait deux injections. — Ainsi donc, nous pro-

posons d'injecter en une première fois 800 à 1,000 grammes d'eau, et de répéter l'injection toutes les fois que l'algidité reparaîtrait.

Le liquide dont nous nous sommes servis était de l'eau légèrement salée avec le chlorure de deutoxyde de sodium. Nous engageons à ne se servir que d'une très-petite quantité de sel, telle que la solution ait à la langue une saveur très-légèrement salée. Il serait possible qu'une plus grande quantité de sel fût stimulante pour les veines, puisqu'une fois nous avons vu une phlébite de la médiane. Comme cette opération se fera toujours extemporanément, on ne pourra jamais guère la faire qu'avec des substances qu'on a sous la main.

Enfin il y a quelques difficultés d'exécution desquelles le praticien doit être prévenu. Les veines des bras sont souvent petites, et l'état algide les amoindrit encore, de sorte qu'on a de la peine à faire une première injection, et qu'une seconde sera le plus souvent très-difficile et même impossible; et alors faudra-t-il faire l'injection par la jugulaire ou par quelque autre veine assez large? Nous laissons la question à décider à ceux qui viendront après nous, n'ayant sur ce point aucun élément pour motiver un conseil.

En définitive, nous avons regretté de n'avoir pu pousser plus loin nos tentatives sur les injections, et nous engageons fortement à recourir à cette ressource ultime, quand tous les autres moyens ont échoué. Nous ne serions pas étonnés que d'autres fussent plus heureux que nous, car nous croyons que l'infusion de l'eau dans les veines est le remède de l'algidité, comme l'opium et comme l'ipécacuanha le sont des périodes qui la précèdent.

Malades arrivées à la Charité dans la période de réaction. — Nous n'aurons que peu de chose à dire sur ces malades. Nous n'en avons reçu que deux : l'une, une femme âgée et très-décrépite ; l'autre, une femme de quarante ans, qui, après avoir eu le choléra d'une manière très-grave en 1832 et en 1849, et qui depuis ce temps était restée sujette à la gastralgie, venait d'avoir une troisième attaque de choléra algide.

Ces deux malades ont guéri.

Nous y joindrons les six femmes que nous sommes parvenus à tirer de la période algide, qui ont également guéri. Ces femmes n'ont point présenté les troubles très-graves qui se voyaient si fréquemment dans les périodes précédentes, point d'état typhoïde, point de méningites, point de gastro-entérites graves. Les seuls phénomènes que nous ayons eu à combattre ont été les nausées, les vomissements, les gastralgies et les récidives de diarrhée cholérique. Chez toutes, la fièvre a promptement cessé.

Les accidents gastriques ont toujours été arrêtés assez promptement,

par l'usage des boissons acidules froides, par l'eau de Seltz, par la glace, et enfin, quand ils résistaient, par l'abstinence complète de tout liquide, en permettant seulement l'ingestion de temps en temps de morceaux de glace acidulée avec le jus de citron ou d'orange, ou avec un sirop acide. En même temps nous avons été obligés d'insister sur les vésicatoires à l'épigastre, excités avec les pommades épispastiques ou saupoudrés avec 1 ou 2 centigrammes d'un sel de morphine. Une seule fois nous avons été forcés d'avoir recours à des cataplasmes de glace sur l'épigastre, et ce fut chez cette femme gastralgique qui avait le choléra pour la troisième fois.

En même temps on donnait des quarts de lavement avec 12 ou 15 gouttes de laudanum, plusieurs fois par jour.

Quand nous avions affaire aux récidives de diarrhée cholérique, nous remettions le malade à l'opium pris par la bouche et en lavements, ou, s'il y avait quelque empêchement aux lavements, avec 1 ou 2 grammes d'alun.

Tous ces malades ont été promptement mis aux aliments, qu'ils ont toujours très-bien digérés. A l'heure où nous sommes, il n'y en a plus que trois qui sont en convalescence dans les salles.

Tel a été le traitement que nous avons mis en usage. Il a été bien simple, bien peu recherché. Nous nous sommes bornés à suivre les indications, mais nous les avons suivies avec vigueur et avec persévérance, et nous croyons n'avoir pas à nous plaindre du résultat. Nous sommes loin de blâmer l'emploi et la recherche des remèdes extraordinaires, et nous ne voudrions pas, pour tout au monde, fermer cette voie qui peut conduire à quelques découvertes utiles ; mais l'expérience que l'un de nous à acquise pendant les deux épidémies qui ont précédé celle-ci, nous a rendus fort sceptiques sur les succès qu'on a obtenus de ces divers moyens, et a contribué à nous faire préférer l'emploi de moyens dont la raison saisit la portée, aux remèdes empiriques émanés d'inspirations plus ou moins heureuses.

THÉRAPEUTIQUE CHIRURGICALE.

NOUVELLE MÉTHODE ET NOUVEL APPAREIL DIT GLOSSOCOME POUR LE TRAITEMENT DES FRACTURES DU MEMBRE SUPÉRIEUR.

Par M. Dauvergne, médecin de l'hôpital de Manosque (Basses-Alpes).

Dans un premier mémoire, publié en 1847 dans ce journal (*Bulletin de Thérapeutique*, tome XXXII, p. 31), j'ai formulé ma pratique dans le traitement des fractures des membres inférieurs,

en donnant la figure d'un nouvel appareil que je nommais glossocome pelvien. Aujourd'hui je viens en faire autant pour mon glossocome huméral. Rappelons d'abord les principes qui commandent ma pratique ; car les principes sont, comme disait Quesnay, l'expérience rapprochée et condensée. Le point de départ ainsi fixé, j'entrerai tout de suite dans la question que je me propose de traiter spécialement dans ce travail.

Le traitement des fractures, ainsi que je l'ai développé devant la Société de chirurgie, se réduit à deux méthodes et à quatre genres de moyens. De ces méthodes, l'une veut les traiter par un appareil définitif; l'autre veut pouvoir toujours examiner le membre pour remédier à tous les accidents qui peuvent survenir. Nous repoussons la première par deux motifs : le premier, c'est qu'elle ne peut tenir la principale promesse qu'elle prétend offrir, de préserver la fracture de tout mouvement ; le second, c'est qu'elle emploie des moyens qui sont particulièrement dangereux par leur dureté et la résistance de leur contexture.

Nous adoptons, au contraire, la seconde méthode, parce qu'elle permet de visiter souvent le membre et d'opposer divers moyens aux différentes complications qui se présentent; de telle sorte que, malgré les difficultés, on peut presque toujours, avec beaucoup de soins, arriver à un heureux résultat. Mais c'est ainsi qu'on est pareillement arrivé à confondre la bonté du moyen avec la vigilance et l'habileté du chirurgien, tandis que la véritable question consiste à trouver des moyens qui puissent réussir entre les mains les moins habiles.

Au reste, ces moyens se réduisent à quatre espèces :

1° Les appareils solidifiables, qui, à eux seuls, représentent la méthode inamovible que nous condamnons ;

2° Les appareils à constriction, qui représentent les appareils hippocratiques, ou ceux que l'on emploie le plus ordinairement ;

3° Les appareils à extension, que l'on a préconisés dans les cas les plus graves des fractures ;

4° Les apppareils qui modifient la situation du membre et qui réunissent l'hyponarthécie et les plans inclinés.

Tous ces moyens comptent des succès, à la condition des plus grands soins ; mais ils comptent aussi des revers tenant à une seule cause, qui fait toute la difficulté du traitement des fractures. Cette cause, c'est que chacun de ces moyens n'a isolément qu'une force contentive qu'on est obligé de pousser trop loin pour la sensibilité des organes ; d'où il résulte cette triste conséquence, qu'afin d'être suffisants pour la contention, ils deviennent dangereux par les obstacles qu'ils apportent aux diverses fonctions du membre.

Pour éviter ces inconvénients, nous avons réuni dans un seul et même mécanisme toutes les conditions statiques et dynamiques que possèdent les quatre genres de moyens précités, et nous avons eu, de cette manière, des appareils qui nous ont présenté non-seulement l'ensemble de ces divers moyens, mais encore nous ont préservé de leurs inconvénients, puisque nous avons l'avantage de pouvoir contenir les fractures sans exagérer aucune de ces forces contentives.

En effet, la multiplicité ou la docilité des forces de nos appareils nous donne la faculté de répartir les effets contentifs sur la plus grande surface possible, et même celle, si l'on fatiguait ainsi les organes, de varier l'emploi de ces mêmes forces.

Avec ces principes, nous avons construit trois appareils pour le traitement des fractures; l'un sert aux fractures de l'humérus et de la clavicule; l'autre à celles de l'avant-bras, et le troisième à toutes celles des membres pelviens; et nous sommes parvenu ainsi à rendre aussi assurés que faciles les plus longs et les plus pénibles traitements, en remplissant les indications importantes :

1° De garantir l'immobilité des fractures aussi solidement que possible, puisqu'elles sont toujours contenues, soit par l'extension, soit par la compression;

2° De rendre l'examen de l'état de la fracture et les pansements aussi prompts et faciles que si le membre était à découvert, puisqu'il suffit de déboucler une courroie pour mettre le membre à nu ;

3° De rendre les traitements les plus longs aussi supportables que faire se peut, puisque nous varions la position du membre par divers degrés de flexion, et qu'au moyen de la suspension nous avons pu faire descendre des fracturés de leur lit, de même que nous pouvons laisser le bras libre pour les fractures de la clavicule. (Société de chirurgie, procès-verbal de la séance du 12 mai 1852.)

FRACTURES DE L'HUMÉRUS.

Fractures du corps de l'os. — Depuis Hippocrate jusqu'à nous, le traitement de ces fractures n'a presque pas varié; elles ont toujours été traitées par la constriction, et souvent, il faut le dire, cette force est insuffisante pour maintenir les fragments réduits. Quelquefois auss elle a été inefficace, mais toujours le procédé généralement employé est défectueux; parce que, pour appliquer ou enlever un bandage roulé, pour procéder aux pansements, on peut occasionner quelque mouvement dans la fracture. Nous avons surtout reconnu cet inconvénient dans ces fractures de l'humérus produites par écrasement, et dans

lesquelles l'os brisé en plusieurs éclats donne la sensation de coquilles de noix renfermées dans un sac.

Dans ce cas, il est vrai, on conseille le bandage de Scultet, ou, de nos jours, le bandage inamovible ; mais l'un et l'autre n'obvient pas au raccourcissement. Le bandage de Scultet ne saurait ici, comme dans les fractures des membres inférieurs, tenir le membre fixe et invariable pendant le pansement, puisqu'on est obligé de cesser la constriction pour y procéder, constriction qui, seule, maintenait la fracture. D'ailleurs, le membre ne repose sur aucun plan fixe, à moins que le malade ne garde le lit et qu'on ne place le membre sur un coussin. Alors, outre la torture de l'immobilité, cette pratique est encore défectueuse, parce que le coussin peut se déprimer et ainsi ne pas s'opposer aux déplacements, mais favoriser une consolidation vicieuse, comme j'en ai vu différents exemples. Quant aux bandages solidifiables et inamovibles, les inconvénients et les dangers qu'ils entraînent avec eux se résument, ici comme partout, par une invariabilité de forces dangereuse pour des organes vivants où circule du sang et l'influx nerveux.

Les mêmes principes ont donc été oubliés ici, comme pour les membres inférieurs. Non-seulement l'extension n'a pas été mise en usage pour aider ou remplacer la constriction, mais encore on a complétement négligé l'extension, dans le cas où elle était devenue un secours indispensable. Nous avons donc suivi, pour le traitement des fractures de l'humérus, les mêmes règles que pour les autres fractures, c'est-à-dire que nous avons voulu remplir toutes les indications qu'elles présentent. Ainsi, nous assurons et nous maintenons les fragments de cet os : 1° en faisant reposer le membre sur un plan assez résistant pour qu'il puisse servir d'attelle ; 2° en utilisant ce plan pour y joindre des moyens extensifs et contre-extensifs, moyens eux-mêmes aidés, soutenus ou remplacés par la constriction que nous pratiquons ici par des attelles presque immédiates.

Notre extension s'exécute, non pas avec des liens réfléchis sur des mortaises, qui n'agissent que par secousses, et qui se relâchent ; mais par des courroies bouclées, fixées aux deux extrémités de l'appareil, qui s'écartent insensiblement et en sens contraire, par l'effet d'une coulisse qui s'allonge et se fixe au moyen d'une vis de pression. Notre constriction est presque immédiate, puisque nous ne mettons entre l'attelle et le membre qu'une compresse pliée en quelques doubles. Elle est aussitôt exécutée et arrêtée, parce qu'elle est encore effectuée par des courroies qu'il suffit de boucler et de déboucler pour renouveler le pansement. Or, le membre étant mis si facilement à nu, on

pourra l'examiner et le panser avec d'autant plus de sûreté qu'il sera toujours maintenu invariablement sur le plan de l'appareil par l'extension et la contre-extension.

Mais voici la figure de ce glossocome huméral :

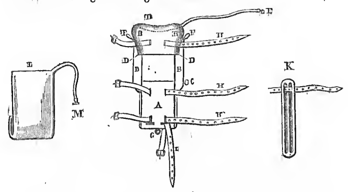


Fig. 1.

Explication. A, coulisse mâle progressive, jouant dans la coulisse femelle B, B, B, B, et se fixant au moyen de la vis de pression C. La coulisse B se termine en haut, comme le figure le pointillé, en croissant, pour recevoir l'aisselle, et les lettres D, D, D limitent le coussin en caoutchouc vulcanisé, qui matelasse cette sorte de crosse, sur laquelle il est fixé transversalement, de manière à protéger l'aisselle de la pression, et même de varier les degrés de cette pression par ceux de l'insufflation que l'on donne à ce coussin, au moyen du tube insufflateur E.

F, F, anneaux servant à adapter une courroie ou simplement une cravate, pour assurer le glossocome sous l'aisselle. G, sorte de bouton à anneau, où vient passer la courroie-baudrier, dans les fractures de la clavicule et du scapulum, pour servir d'appui à l'appareil et relever l'épaule. H, H, H, courroies qui glissent dans les mortaises et qui ne servent que dans les fractures de l'humérus. I, courroie antibrachiale assurant l'extension, et se plaçant dans la partie horizontale de la mortaise en I que l'on voit à la partie inférieure du glossocome, mortaise existant de chaque côté, suivant qu'il s'agit du bras droit ou du bras gauche.

K, figure de mes attelles brachiales, qu'on peut appeler bifendues, pour recevoir les courroies constrictives. Je les préfère ainsi, parce qu'elles s'appliquent plus immédiatement, et qu'en opérant seules, les courroies, passées de cette manière dans ces attelles fixent celles-ci, de manière que j'ouvre alors mon appareil comme un livre, pour ainsi dire, tandis que, en faisant glisser en haut et en bas ces attelles sur les courroies, elles s'accommodent à toutes les longueurs du membre, tout en pouvant mieux les disposer, si, une fois l'appareil adapté, on s'apercevait de quelques défectuosités dans leur arrangement. L, coussin carré en caoutchouc vulcanisé, plié ici à sa partie inférieure, pour faire voir qu'il peut s'adapter à toutes les longueurs, en ayant soin de le ployer et de ne l'insuffler qu'après, par le tube M. Ce coussin est placé sur le glossocome, de-

puis le coussin axillaire supérieur, fixé toujours à l'appareil, jusqu'à la partie inférieure de l'appareil, disposé tel que le montre notre figure. Dans les fractures de la clavicule, il faut deux de ces coussins, un pour protéger la poitrine, et l'autre pour protéger le bras, lorsqu'on veut varier la position et le mode de contention, c'est-à-dire relever l'épaule par le bras, à la manière de Desault, si l'aisselle était fatiguée de supporter l'action du glossocome, qui faisait fonction de levier. Mais nous verrons cela plus tard : passons à l'application de l'appareil dans les fractures du bras.

Disons avant, toutefois, que si le glossocome n'était pas, comme celui représenté ici, garni par des coussins à air, que l'on trouve confectionnés chez MM. Galante et Varnout, place Dauphine, 28, sous la direction de M. le docteur Gariel, qui a bien voulu m'aider de ses conseils, et à qui je me plais ici à rendre le témoignage d'une publique reconnaissance, pour l'accueil qu'il m'a fait à Paris. Si, dis-je, on n'avait pas un appareil ainsi perfectionné, on mettrait quelques feuilles de coton cardé sur la portion de la planche qui appuie sous l'aisselle. On en étendrait une ou deux, également, sur la face de l'appareil qui doit s'appliquer à la partie intérieure du bras, comme je le pratiquais ordinairement, tandis que l'on recouvrirait le tout d'une compresse.

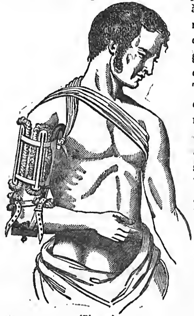
On matelasse, si l'on veut, les courroies inférieures extensives de la manière qui nous est propre, c'est-à-dire garnies avec du coton maintenu par une bande roulée; ou bien, ce qui nous a parfaitement suffi, on appliquerait, avant de serrer ces courroies sur le bras, une compresse pliée en plusieurs doubles, ou un tampon de coton au-dessus de l'épicondyle, en ayant eu soin de matelasser la portion de l'appareil qui reçoit l'épitrochlée. De cette manière, non-seulement ces coussinets protégent les points sur lesquels les courroies appuient, mais encore cela fait porter l'effort constrictif uniquement sur ces points, sans toucher, pour ainsi dire, la partie antérieure et postérieure du membre, ce qui a l'avantage de ne pas comprimer les vaisseaux, et de prévenir l'œdème qu'occasionnent un bandage circulaire et l'immobilité.

Application de l'appareil. — Ces précautions prises, on glisse sous l'aisselle le glossocome, on le fixe à l'épaule correspondante avec une cravate qui, après avoir passé sous l'aisselle opposée, vient se croiser sur l'épaule désignée, et se fixer par ses bouts aux anneaux latéraux; précaution dont on pourra se passer lorsqu'on aura simplement un aide pour maintenir l'appareil dans cette situation jusqu'à ce qu'on ait disposé les liens extensifs, car alors le glossocome reste parfaitement appliqué au bras.

Quoi qu'il en soit, on fléchit l'avant-bras, que l'on fixe au moyen de la courroie sus-cubitale placée dans la portion verticale de la mortaise en ⊥; on en fait de même pour la courroie sous-cubitale qui se meut dans la portion horizontale de la mortaise désignée, et dès lors, il ne s'agit plus que de mettre la coulisse au point voulu de longueur; longueur à laquelle on parvient lentement, graduellement, en tirant la coulisse mobile par l'anneau inférieur; extension à laquelle

on procède pour ne s'arrêter que lorsque le membre a été suffisamment allongé, et que les fragments sont en contact immédiat.

Voilà pour l'extension qui a produit la réduction et amené la coaptation. Il faut alors les maintenir, sans cependant continuer l'extension à un degré aussi extrême. On place donc les compresses ; ensuite les attelles, et l'on serre par-dessus avec les courroies constrictives. Dès cet instant, on relâche un peu l'extension pour qu'elle n'opère plus qu'une simple contention; seulement on la forcerait encore de nouveau si l'on voulait procéder à un autre pansement et, partant, mettre à nu le membre; car alors, n'étant plus soutenu par la constriction, il faut que le degré de l'extension remplace le concours de cette autre force. Tout est fini en ce moment, car il suffira de soutenir la main avec une écharpe ou tout autre moyen. Nous disons tout autre moyen, car nous ne pensons pas que, pour atteindre un but aussi simple, on ait recours à l'attelle à équerre d'Amesbury. Souvent il nous a suffi de glisser la main dans le gilet du malade.



(Fig. 2.)

Avec cette disposition mécanique, le malade pourra faire plusieurs mouvements de son bras, le porter en haut et en dehors, en avant et en arrière, sans craindre de déranger le rapport des fragments. Il n'y aurait que les fractures du col anatomique dans lesquelles ce mouvement devrait être interdit ; mais on sait combien elles sont rares, et presque toujours le résultat d'une cause indirecte, comme celle d'un projectile.

Pour les fractures du col chirurgical, c'est-à-dire celles qui siégent au-dessous des tubérosités de l'os, et au-dessus de l'attache deltoïdienne, le pansement est identique à celui que nous venons de décrire et de figurer. L'extension ainsi que l'application immédiate du bras sur le plan de l'appareil dispensent de fixer le bras au tronc, ce qui était une gêne considérable, nécessitée par l'imperfection des moyens qu'on mettait en usage.

D'ailleurs, le coussin de Desault, outre qu'il repoussait le fragment supérieur attiré en dedans par le grand pectoral et le grand rond, faisait opérer sur le fragment inférieur une sorte d'extension indirecte. Mais ici le plan de l'appareil remplit la première indication, et l'extension la seconde, avec plus de certitude et moins d'inconvénients; tandis que la constriction, qui vient maintenir aussi l'extension, peut encore agir sur les fragments eux-mêmes. Enfin, le plus grand avantage de cet appareil, c'est que, le membre n'étant pas entouré de bandes, on peut s'assurer fréquemment et facilement si chaque indication est remplie, et comment les moyens qui en sont chargés s'en acquittent. Cette qualité, qu'aucun autre appareil pour les fractures du bras n'a jusqu'ici possédée, est toujours sans danger pour la fracture, puisque, lorsqu'on veut s'assurer de l'état des choses ou procéder aux pansements, les fragments sont maintenus par l'extension. Certes, le bandage ordinaire pour les fractures du corps de l'os, celui de Desault pour celles du col, sont loin de présenter cet avantage; d'ailleurs, ils se relâchent facilement, et leur effet contentif cesse, tandis que tous les bandages de ce genre et celui de Desault seraient intolérables, si on les rendait inamovibles. Nous ne parlerons pas de celui de Moscati, qui a été abandonné parce qu'il ne remplissait pas toutes les indications. Or, celle qu'il négligeait était précisément l'extension, la plus importante de toutes.

On objectera peut-être que tout serait bien si notre appareil n'avait pas l'inconvénient de porter trop sur l'aisselle, et par conséquent de l'exposer à être excoriée? Nous répondrons à cela qu'aucun corps en contact avec notre surface cutanée n'en est exempt, le coussin de Desault pas plus que la simple compresse qu'interposait Richerand entre le bras et le torse. D'ailleurs, notre appareil fournit une infinité de moyens que nul autre ne peut offrir, puisque d'abord il fournit son point d'appui sur un coussin non-seulement rempli d'air, mais plein de ce fluide à des degrés différents, d'où il suit une grande diversité de modes pour faire supporter l'action compressive par le même moyen. En effet, en augmentant ou en diminuant l'insufflation par le tuyau insufflateur, on peut donner différents diamètres à ce coussin, ce qui change les rapports des surfaces en contact, et varie singulièrement l'impression produite par le point d'appui. Mais, outre ce précieux avantage, il donne encore la faculté, en abaissant la crosse du glossocome, au moyen de la coulisse, de glisser, comme nous le pratiquions avant le coussin à air, entre l'aisselle et l'appareil, un peu de linge fin ou des tampons de coton, que l'on dispose de manière à faire porter à faux les points irrités ou excoriés. Ce n'est pas tout : à part cette res-

source qui nous suffit dans bien des cas, nous avons un moyen assuré pour prévenir ou arrêter cet inconvénient, sans jamais déranger l'état et la situation des fragments, et sans discontinuer les tractions nécessaires; seulement notre extension, au lieu d'être directe, devient indirecte. Pour cela, il ne s'agit que de fixer l'appareil autour du corps par une ceinture que nous employons, comme on le verra, pour les fractures de la clavicule. Une fois l'appareil, et par conséquent le bras, assuré autour du corps, l'on abaisse la partie supérieure de l'appareil, toujours avec la vis de pression, de manière que la crosse ne touche plus l'aisselle, ce qui n'empêchera pas l'extension continue de s'opérer, puisque le bras est maintenu dans le même allongement où on l'avait placé pendant que la contre-extension portait encore sous l'aisselle. Le mode du mécanisme est seulement changé: le bras est alors maintenu par le même moyen qu'emploie le bandage de Desault, seulement avec plus d'exactitude et avec cet avantage que, lorsque le malade sera fatigué de cette nouvelle position et que l'aisselle sera guérie, ou plutôt délassée, l'on peut revenir à la première méthode, et *vice versâ*, si cela était nécessaire.

De cette manière, notre appareil est bien plus utile et presque plus simple que ceux de Théden, Schneider, Brunninghausen, Cooper, qui consistaient en deux attelles concaves et rembourrées, maintenues et serrées par des courroies; car ces appareils n'avaient aucune supériorité sur les bandages ordinaires, attendu qu'ils n'employaient que la constriction, et que rien ne remplaçait cette force lorsqu'on procédait au pansement. Enfin, n'ayant point d'action extensive, ils étaient insuffisants dans certains cas, tandis qu'ils étaient complétement impropres aux fractures du col de l'os.

Obs. I. *Fracture du col de l'humérus.* — Dans l'été de 1845, une femme de cinquante-cinq ans, poussée par un cheval attelé à une charrette, tombe sur le moignon de l'épaule et se fracture le col de l'humérus. La mobilité extrême du coude, la légère déformation du moignon de l'épaule, un peu de raccourcissement, et de déviation de direction ne me laissèrent aucun doute sur la situation de la fracture, que je crus bien peu au-dessous des tubérosités de l'os; d'ailleurs la déformation et le raccourcissement du bras disparaissaient aussitôt par une extension sur le coude.

Mon diagnostic étant assuré, je revêtis la face thoracique et brachiale de mon glossocome huméral de coussins en coton; je passai l'instrument, ainsi disposé et muni de ses courroies, dans le creux de l'aisselle. Alors je fixai le coude au glossocome par les deux courroies sus et sous-trochléennes, lesquelles courroies portaient chacune, en dedans et en dehors du membre, sur une compresse fortement graduée, dont l'épaisseur éloignait les courroies de la partie du membre qui renferme les gros troncs nerveux, sanguins et lymphatiques. Je procédai ensuite à la réduction, en pratiquant

l'extension au moyen des coulisses de l'appareil, que j'arrêtai au point voulu. Puis, comme j'en étais à mes premières observations pour les fractures du col de l'humérus, je n'osai pas laisser le bras libre, et je fixai le bras et le glossocome au torse par la ceinture, craignant que les mouvements ne retentissent sur la fracture. Voyez la figure 3, car ici je ne mis pas d'attelles latérales, et je disposai mon appareil comme pour les fractures de la clavicule.

Une fois la réduction obtenue, ce qui d'ailleurs fut très-facile, car cette femme était maigre et avait peu de puissance musculaire, il me suffit de contenir l'avant-bras avec une écharpe.

Le lendemain, cette femme me dit qu'elle avait éprouvé quelques fourmillements dans le bras et la main, qui s'étaient dissipés dans le courant de la nuit. Tout se passa ainsi jusqu'au quinzième jour ; alors seulement un peu d'œdème était survenu à la main et à l'avant-bras, au-dessous du coude, tandis que la malade commençait à se plaindre de la gêne de cette position. Cependant, comme il n'en était pas résulté d'autres inconvénients que celui de l'œdème relaté, je voulus la faire patienter encore un peu ; mais, deux jours après, elle renouvela plus instamment la prière de mettre à exécution la promesse que je lui avais faite de déboucler la ceinture et de donner à son bras une certaine liberté. Je me rendis à son désir.

La fracture se trouvait ainsi tout simplement maintenue par l'extension et la contre-extension du glossocome, qui servait encore d'attelle hyponarthécique, d'où il résultait une solidarité telle entre les fragments et le glossocome, qu'on pouvait imprimer des mouvements de circumduction au coude, sans que le mouvement retentît dans le point fracturé, mais bien à l'articulation. D'ailleurs, en outre, la présence du glossocome dans l'aisselle n'empêchait elle pas l'action des muscles pectoraux et grand rond? par son extension, ne neutralisait-elle pas l'action des muscles biceps triceps et deltoïde?

A peine la ceinture fut-elle débouclée et enlevée, et le bras librement suspendu dans une écharpe, que la malade ne put contenir sa joie ; mais aussi ne pouvait-elle guère concevoir pourquoi j'avais ainsi attaché son coude, si l'on avait pu s'en dispenser. Toutefois, ce fut dans cette position qu'elle acheva son traitement, car, toujours les os parfaitement en rapport, je crus tout à fait inutile de reprendre la situation primitive. Aussi ce fait m'assura-t-il complétement de ce que la théorie m'avait fait déjà pressentir, qu'à moins d'une fatigue trop prononcée de l'aisselle, désormais on pourrait parfaitement laisser le bras libre et traiter une fracture du col de l'humérus sans fixer le bras au tronc.

Au bout de cinquante jours j'enlevai l'appareil, et, à part une certaine raideur de l'articulation qui persista assez longtemps, un an après, la malade avait recouvré toutes les facultés et toute la puissance de son bras. J'ai même remarqué que cette raideur a été bien moins considérable et prolongée que dans d'autres cas que j'avais traités par le bandage de Desault ou par mon appareil, n'osant point encore donner la liberté au coude. Si ce fait est de nouveau et mieux constaté, ce sera pour ma méthode un avantage de plus à ajouter aux autres. Il ne me reste qu'à dire que, quant à la régularité du cal, elle a été et est encore tellement parfaite que, malgré la maigreur de la malade, il est impossible de constater aucune trace d'une ancienne fracture.

[1] Je ne relaterai que cette seule observation de fracture du col de l'humérus; je l'ai même choisie parce que, de toutes celles que je pourrais produire, elle est la seule dont la fracture se soit opérée si haut. C'est encore le premier cas pour lequel je me sois hasardé de détacher le coude du torse, et enfin la seule fracture du col à laquelle je n'ai pas employé des attelles, qui, dans les autres cas, m'ont aidé à maintenir l'extension. En effet, les liens extensifs, malgré les précautions prises, bien que l'on puisse détacher alternativement une des courroies trochléennes, et soulager ainsi l'action de l'une par celle de l'autre, peuvent, par une pression trop limitée et constante, déterminer de la douleur. Dans ce cas, j'y remédie par mes attelles constrictives, matelassées de compresses. Ces attelles, en comprimant tout le bras, répartissent la pression d'une manière générale et maintiennent l'extension, parce qu'une des courroies constrictives, passant dans les coulants pratiqués exprès à la portion progressive du glossocome, rend la constriction et l'extension solidaires. Je mentionne cette particularité, attendu qu'elle est une ressource de plus, et qu'elle montre l'accord et l'union qui existent dans les principes de ma méthode; principes qui sont encore mieux utilisés pour les fractures des membres inférieurs; car ici la compression est générale, tandis que la position n'est pas aussi défavorable que celle du bras, dont les liquides tendent à occuper les parties inférieures, et cela d'autant plus que les supérieures sont comprimées. Toutefois, je crois, avec M. le professeur Malgaigne, qu'on a exagéré les bienfaits d'un bandage roulé général, car je m'en suis toujours passé, me contentant dans ce cas de quelques frictions et de varier l'action de mes liens compressifs. C'est ainsi que je substitue au mode d'extension par les courroies trochléennes, les attelles constrictives.

Cela dit, il me reste à faire remarquer que mon appareil est le seul, pour ces fractures du col de l'humérus, qui renferme intrinséquement une puissance extensive directe, et, par conséquent, qui puisse remplir cette indication capitale sans attacher le bras au corps. Cet avantage serait immense, ne fût-ce que pour la satisfaction du malade; tandis qu'avec la *sous-attelle* qu'il présente et ces mêmes moyens extensifs directs qu'il porte dans son mécanisme, on ne craint plus, comme dans le bandage de Desault et autres, d'obtenir une consolidation angulaire en dehors, par suite de la répulsion dans ce sens des deux fragments, qu'opère le coussin axillaire. Enfin la contention que détermine mon glossocome, sans être inamovible, est persévérante et presque invariable; ce qui distance prodigieusement mon appareil de tous les bandages mous.

Quant aux bandages solidifiables, il l'emporte par tous les avantages précités, tandis qu'il a encore de moins les inconvénients de renfermer le bras et le tronc dans une cuirasse aussi dure que le fer, et toujours de cacher au médecin, non-seulement la fracture, mais le membre; de sorte que, jusqu'au bout du traitement, on ne sait si l'on aura réussi et si l'on ne découvrira pas, en ôtant le bandage, quelque ulcération profonde, comme on en a tant d'exemples.

En vue même de ce que j'ai appelé les exigences organiques et physiologiques, je n'en excepte pas même la simple compresse de Richerand, interposée entre le membre et le tronc; abstraction faite de la cruelle position du bras et de son emmaillotage, cette compresse s'imbibe de sueur, devient dure, et comme en la changeant on ne remédie qu'imparfaitement aux conséquences qui s'ensuivent et qu'on occasionne toujours quelque ébranlement à la fracture, il est certain que la faculté de varier mon genre d'action de pression, de rapprocher et d'éloigner à volonté le membre du tronc, pare à tous les inconvénients, tout en maintenant la même exactitude dans les rapports des fragments, et distance, par conséquent, cette méthode de toutes celles qui ont été essayées jusqu'ici. DAUVERGNE.

(*La suite à un prochain numéro.*)

CHIMIE ET PHARMACIE.

NOUVEAU PROCÉDÉ POUR LA PRÉPARATION DE LA GLYCÉRINE,

Par M. CAP, membre correspondant de l'Académie.

Depuis cinq ans nous appelons l'attention du corps médical sur un produit nouveau, qui nous paraît appelé à rendre des services signalés à la thérapeutique. Outre l'analyse des travaux de MM. Startin, Yearsley, Vakley, Dallaz, nous avons publié des notes de MM. Dorvault et Deschamps, sur la préparation de la glycérine. Un savant pharmacien, M. Cap, vient de lire à l'Académie un mémoire sur les applications médicales et pharmaceutiques de ce produit : nous empruntons à ce travail les passages qui ont trait à un nouveau procédé de préparation et aux usages pharmaceutiques de la glycérine.

Préparation. — Je commence, dit M. Cap, par concentrer par l'évaporation une quantité d'eaux-mères des savonneries ou des fabriques d'acide stéarique; puis je détermine, au moyen de l'acide oxalique, les proportions de chaux qu'elles retiennent. J'y ajoute alors une quantitée d'acide sulfurique équivalente à celle de l'acide oxalique nécessaire à la saturation de la chaux. Le sulfate calcique qui en résulte se précipite à l'état insoluble. On décante et l'on porte

le liquide à l'ébullition dans une chaudière de fer battu, recouverte d'une forte lame de plomb. On a soin en même temps d'agiter vivement le liquide, au moyen d'un appareil à palettes, mis en mouvement par un mécanisme approprié. Les acides gras se volatilisent, la liqueur commence à se décolorer et ne tarde pas à perdre la plus grande partie de son odeur désagréable. Lorsqu'elle est parvenue à une densité de 10 degrés aréométriques, on laisse refroidir, et on passe sur une toile pour séparer une nouvelle quantité de sulfate de chaux. On sature l'excès d'acide par un peu de carbonate de la même base; on continue d'évaporer en agitant vivement la liqueur. Lorsque celle-ci atteint par sa concentration 24 degrés à l'aréomètre, il se dépose une nouvelle proportion de sulfate de chaux; on laisse refroidir; on passe sur une toile et on lave le dépôt avec un peu d'eau légèrement alcoolisée.

On évapore une troisième fois, toujours en agitant, jusqu'à ce que le liquide ait atteint une densité de 28 degrés à chaud, soit 30 degrés de l'aréomètre, à froid. Il se dépose encore, par le refroidissement, un peu de sulfate calcique, que l'on sépare par une nouvelle filtration.

Le produit est alors sans odeur; sa saveur est douceâtre, saccharine; il est onctueux au toucher, et sa couleur est légèrement ambrée. Dans cet état, on le traite à froid par le charbon animal lavé; on filtre, et l'on obtient la glycérine tout à fait sans odeur, sans couleur, d'une consistance sirupeuse.

Dans cet état, la glycérine contient cependant une assez grande proportion d'eau, qu'une concentration prolongée lui enlève difficilement. Parvenue à 31 degrés, elle en a déjà perdu 20 à 25 pour cent. Dans cet état, si l'on y plonge une mèche de coton, elle brûle absolument à la manière de l'huile, avec une flamme rougeâtre. Si l'on élève la température, il s'en dégage d'abord des vapeurs épaisses; puis elle finit par se décomposer, en donnant lieu à la formation de quelques produits volatils et d'une matière charbonneuse.

La glycérine n'est pas une substance de nature gommeuse ni un corps gras; c'est un corps neutre, *sui generis*, ordinairement à l'état liquide, incristallisable. Comme l'eau, elle se mêle en toutes proportions aux liquides aqueux, à l'alcool, au vinaigre; elle dissout la plupart des corps que l'on peut dissoudre; elle est légèrement hygrométrique et ne manifeste aucune réaction, ni acide, ni alcaline; comme l'huile, elle est onctueuse au toucher et ne s'évapore pas au contact de l'air; elle ne se décompose qu'à une température très-élevée; appliquée sur les tissus vivants, elle les lubrifie et les assouplit *sans les graisser*; elle se mêle, en certaines proportions, à l'axonge et aux

corps gras ; elle dissout les huiles volatiles ; elle n'est pas susceptible de rancir ni de fermenter spontanément. La glycérine réunit donc la plupart des propriétés de deux corps en quelque sorte antagonistes, l'huile et l'eau. Il était dès lors naturel que cette substance fût appelée à jouer un rôle aussi nouveau que varié dans les arts, l'industrie et les sciences médicales, et c'est ce qui est sur le point de se réaliser.

Pour ne parler que des usages pharmaceutiques de la glycérine, elle peut servir d'excipient à la plupart des substances actives, sans les altérer ; elle peut servir de base aux liniments, aux onctions, aux embrocations ; elle dissout ou suspend les alcaloïdes végétaux, de la même manière que le font les liquides aqueux, et en même temps les produits qui en résultent peuvent servir aux mêmes usages que s'ils avaient l'huile pour excipient ; ainsi les sels de morphine, quinine, vératrine, strychnine, brucine, etc., ce qui permet de préparer des huiles à bases d'alcaloïdes végétaux.

On peut donc établir en pharmacie un nouvel ordre de médicaments dont la glycérine serait l'excipient, et qu'on pourrait appeler des *glycérolés.*

UN MOT SUR LE DOSAGE DES SOLUTIONS DU PERCHLORURE DE FER.

Par M. Burin du Buisson, pharmacien à Lyon.

Dans les essais qui se poursuivent avec tant d'ardeur sur les applications du perchlorure de fer, une des difficultés les plus grandes est le mode de dosage des solutions du nouvel agent thérapeutique. Il importe donc de mettre sous les yeux des expérimentateurs un critérium qui leur permette de juger de la valeur relative de ces diverses solutions ; ce critérium est, ainsi que vous me le mandez, d'indiquer la quantité de chlorure de fer anhydre contenue dans chacune des solutions à 15, 20, 30, 40 et 45 degrés. Je me hâte donc de répondre à votre désir.

Le procédé analytique que nous avons suivi est fort simple, et il est de plus le seul rationnel.

Il consiste à prendre un poids déterminé d'une solution de perchlorure de fer à 45 degrés, à l'étendre d'eau et à précipiter le fer à l'état d'oxyde, par un excès d'ammoniaque ; on lave le précipité, on le dessèche, puis on le calcine à rouge dans une capsule de platine. On prend alors le poids de l'oxyde de fer anhydre obtenu, qui sert à connaître la quantité de fer contenue dans la solution. Cette quantité de fer connue, à l'aide de la table des équivalents et d'un calcul très-simple, on reconnaît la quantité de perchlorure contenue dans la solution.

En opérant ainsi, nous avons trouvé que 100 grammes de solution ferrique à 45 degrés contenaient 43 grammes 19 centigr. de chlorure de fer anhydre.

100 grammes de cette solution se composent donc de :

Eau	56,81	
Chlorure ferrique. . . .	43,19	= 100,00

Pour avoir un point de comparaison, nous avons traité de la même manière 100 grammes de solution à 15 degrés, qui nous ont donné, par le même procédé, 11 grammes 714 milligr. de chlorure ferrique.

100 grammes de solution à 15 degrés se composent donc de :

Eau	88,286	
Chlorure ferrique. . . .	11,714	= 100,000

Comme vous voyez, il ne serait pas exact de croire que 15 gouttes de perchlorure à 15 degrés contiennent autant de sel ferrique que 5 gouttes de solution à 45 degrés.

L'exemple suivant va vous démontrer ce fait, qui tient à ce que le pouvoir de saturation du sel de fer varie suivant la densité de la solution. Ainsi, la quantité d'eau qu'il prend augmente progressivement de 45 à 15 degrés :

100 grammes solution chloroferrique à			15°	= 100
100 grammes à	20°	étendue à	15°	= 150
100	id.	30°	id. 15°	= 215
100	id.	40°	id. 15°	= 305
100	id.	45°	id. 15°	= 355

En disant, pour point de départ, que 355 grammes de solution à 15 degrés = 45,19 de chlorure ferrique anhydre, vous aurez, par la règle de trois, les quantités suivantes pour les autres solutions ci-dessus :

Solution à	15°	355 : 43,19 :: 100 : x	= 12,13
id.	20°	355 : 43,19 :: 150 : x	= 18,24
id.	30°	355 : 43,19 :: 215 : x	= 26,15
id.	40°	355 : 43,19 :: 305 : x	= 37,10
id.	45°	355 : 43,19 :: 355 : x	= 43,19

Si les rapports avaient été exacts, comme on pouvait le supposer, il en résulterait que 100 grammes de solution de perchlorure à 45 degrés, allongés d'autres 200 grammes d'eau, devraient donner un mélange de 15 degrés Baumé ; mais il faut encore pour cela ajouter en plus 55 grammes d'eau ; or, si de ces 355 grammes de solution à 15 degrés, vous prenez 100 pour les analyser, il est clair que vous ne pouvez plus trouver dans ces 100 grammes la proportion de 12 grammes 13 centigr. de chlorure, puisque les 55 grammes d'excé-

dant en retiennent une portion. C'est pour cette raison que dans l'analyse faite avec le liquide à 15 degrés, comme il est dit ci-contre, vous ne trouverez que 11,714 de sel anhydre, au lieu de 12,13 donnés par le calcul sur la solution à 45 degrés.

Et en prenant pour base le chiffre 11 gramm. 714 milligrammes pour 100 grammes de solution à 15 degrés, vous avez pour les autres :

100 grammes	solut. à	15°	11,714	de chlorure ferrique.
100	id.	20°	17,56	id.
100	id.	30°	25,18	id.
100	id.	40°	35,18	id.
100	id.	45°	41,58	id.

La moyenne donnée par les deux analyses serait :

100 gr.	de solut. à	15° =	chlor. ferr. an.	11,92	soit en ch. rond	12,000
100	id.	20° =	id.	17,90	id.	18,00
100	id.	30° =	id.	25,66	id.	25,00
100	id.	40° =	id.	36,41	id.	36,00
100	id.	45° =	id.	42,38	id.	42,00

Pour avoir une *très-rigoureuse exactitude* dans les résultats ci-dessus, il aurait fallu répéter plusieurs fois la même analyse sur les 5 densités ; toutefois, les opérations décrites ci-dessus suffisent pour résoudre convenablement les questions que vous m'avez posées.

Et pour y répondre, en nous résumant, je dirai que si l'on pèse 10 gouttes de solution de chlorure à 45 degrés, données par *un flacon de* 100 *grammes à goulot renversé*, on trouve le chiffre de 0 gr. 802 pour poids des 10 gouttes, lequel, rapporté à la *moyenne* ci-dessus, contient un peu moins de 35 centigrammes de perchlorure anhydre.

Et d'autre part, si l'on pèse de même 10 gouttes semblables de solution à 15 degrés, on a pour leur poids 0,6 décigrammes, contenant, d'après le chiffre de 12 ci-dessus, 0 gr. 702 milligr. de chlorure anhydre ; de telle sorte que ce ne sont pas 15 gouttes à 15 degrés qui sont l'équivalent de 5 gouttes à 45 degrés, mais bien 22 gouttes environ, soit 20 gouttes, pour avoir un chiffre rond. D'autre part, et de la même manière, on constate que 10 gouttes de solution chloroferrique à 30 degrés renferment un peu plus que 20 gouttes à 15 degrés, et représentent 5 gouttes à 45 degrés.

D'où, en tenant compte de petites erreurs qu'il est facile de laisser passer, mais qui sont insignifiantes dans de telles limites, et en supprimant ou en modifiant de plus les fractions très-minimes, nous croyons pouvoir vous proposer le tableau suivant :

1° 20 gouttes de perchlorure ferrique à 15 degrés contiennent chl. ferr. 0 gr. 145, et sont l'équivalent très-approximatif de 5 gouttes de solution à 45 degrés.

2° 15 gouttes de solution à 20 degrés contiennent chl. ferr. 0,18, et sont l'équivalent très-approximatif de 5 gouttes à 45 degrés.

3° 10 gouttes de solution à 30 degrés renferment chl. ferr. 0,15, et sont l'équivalent de 5 gouttes à 45 degrés.

4° 5 gouttes de solution à 45 degrés contiennent chl. ferr. 0,33, et sont par conséquent approximativement l'équivalent de 20 gouttes à 15 degrés, de 15 gouttes à 20 degrés, et de 10 gouttes à 30 degrés.

Nous croyons que dans ces limites vous pourrez trouver ci-dessus la solution des questions que vous avez bien voulu me poser. Si vous avez reçu, du reste, réponse de MM. Soubeiran et Mialhe, vous pourrez comparer les divers travaux et prendre une moyenne. Mais, sauf erreur de ma part, je crois que vous pouvez sans crainte vous baser sur les chiffres ci-dessus.

Le poids des gouttes variant suivant le vase qui les produit, je vous conseille d'adopter, ou mieux, de proposer aux chirurgiens d'adopter, comme l'ont fait sur mon conseil ceux de Lyon, un *mesure-goutte gradué*, que vous trouverez chez M. Déronin, verrier, rue Sainte-Marguerite-Saint-Germain. Ce petit instrument, fort commode, devra accompagner la seringue-Pravaz, et son usage évitera bien des causes d'erreurs. Burin du Buisson.

CORRESPONDANCE MÉDICALE.

CAS DE PERTES SÉMINALES NOCTURNES, TRAITÉES AVEC SUCCÈS PAR L'EMPLOI DE LA DIGITALINE.

En tête des maladies sur lesquelles les praticiens ne fixent pas assez leur attention, nous n'hésitons pas à placer les pertes séminales nocturnes. Les accidents nerveux dont souvent elles deviennent la source leur méritent cependant une étude spéciale. La pauvreté de la thérapeutique à l'égard des indications posées pour le traitement de cette maladie est sans aucun doute le principal motif de cette sorte de négligence; il importe donc, par des faits répétés, de ne pas laisser tomber dans un regrettable oubli les précieuses ressources signalées en ces derniers temps par ce journal.

Obs. M. X., jeune homme de dix-huit ans, très-grand, mais mince et fluet, m'est présenté il y a quelques mois par son père, pour être traité de pertes séminales nocturnes. Sa maladie, me dit-il, lui était subitement survenue deux mois auparavant. Ce qu'il y avait de plus réel, c'est que, depuis vingt jours, les pollutions n'avaient pas fait défaut une seule nuit. La constitution de ce jeune homme en avait

subi de fâcheuses conséquences; ses forces étaient anéanties, l'appétit avait complétement disparu, et le sommeil était troublé par des cauchemars pénibles.

J'avais lu dans le *Bulletin* les divers articles sur l'emploi de la digitaline et du lupulin dans les cas de pollutions nocturnes; j'éprouvais donc un certain embarras : de l'extrême pauvreté, nous étions passés à la richesse, puisque deux agents thérapeutiques se présentaient à mon choix. Je me décidai pour les granules de digitaline d'Homolle et Quévenne, que l'on rencontre plus facilement dans les officines de nos pharmaciens. Je n'ai pas eu à me repentir de cette préférence. La nuit même qui suivit l'administration des trois granules conseillés par M. Corvisart, la pollution fit défaut pour la première fois. Il en survint une le douzième, puis le trentième, et depuis elles ont complétement disparu. Le malade a suivi son traitement pendant quarante-cinq jours.

Depuis cinq mois, je n'ai pas revu ce jeune homme, et j'ai tout lieu de le croire guéri; car son père, qui connaissait la cause des changements fâcheux éprouvés dans l'état de santé de son fils, me l'eût ramené. L'effet du traitement avait été trop rapide pour que le doute fût possible à l'égard de l'efficacité de l'intervention de la médecine dans ce cas. Si j'insiste sur cette circonstance, c'est qu'elle me permet de dire qu'il n'est pas toujours nécessaire de débuter par une dose de digitale aussi élevée que l'a recommandé M. Brughmans. Les faits de ce médecin ne doivent pas être rejetés, ils montrent qu'alors que la dose de trois grains de digitale (le granule de digitaline équivaut à un grain de poudre de la plante) n'a pas triomphé des pollutions, on ne doit pas désespérer de la guérison de son malade, et qu'il faut en élever la dose successivement jusqu'à huit avant d'abandonner l'emploi du moyen.

Docteur Laroche.

NOUVELLE OBSERVATION D'ABCÈS PAR CONGESTION, GUÉRI PAR SEPT INJECTIONS IODÉES, LAISSÉES A DEMEURE.

Au milieu des extensions successives qu'a reçues la méthode des injections iodées, l'une des plus remarquables est, sans contredit, celle qui en a été faite par M. le docteur Boinet aux abcès par congestion qui proviennent de la colonne vertébrale. Comme la valeur incontestable de cette méthode de traitement a été diversement appréciée dans la presse médicale et dans les Sociétés savantes, je pense que vous accueillerez avec intérêt l'observation suivante, qui se rapporte à un abcès par congestion faisant saillie au pli de l'aine, et qui a été complétement guéri par les injections iodées.

Mais avant de faire connaître ce nouveau fait tiré de la clinique chirurgicale de M. le professeur Bonnet, de Lyon, qu'il me soit permis de rappeler la modification que ce savant chirurgien a fait subir au procédé opératoire indiqué par M. Boinet, car elle constitue, à mes yeux, un perfectionnement important.

En évacuant le pus par la ponction simple avec un trocart, on s'expose à la pénétration de l'air. Pour réunir toutes les chances de succès, il faut extraire le pus avec les précautions recommandées par M. Guérin, faire la piqûre de la peau à 3 ou 4 centimètres de la ponction de l'abcès, extraire le liquide avec la pompe munie du robinet à double effet, et faire l'injection iodée avec une seringue qui s'adapte exactement au trocart. Depuis longtemps M. Bonnet, de Lyon, se sert d'instruments qui réalisent cette combinaison, que je ne saurais trop recommander.

L'injection faite, doit-on laisser le liquide en totalité? M. Bonnet n'hésite pas à se prononcer pour l'affirmative. Ainsi qu'il l'avait déjà indiqué, on n'obtient pas seulement une action locale : l'iode injecté réagit sur toute la constitution ; il est absorbé, et on le retrouve en suivant les procédés qu'il a décrits dans son Traité de Thérapeutique des maladies articulaires, p. 69, dans les urines, dans la salive et dans la sueur. Si on laisse à demeure 60 grammes de teinture d'iode, il faut en moyenne sept jours pour qu'il n'en existe plus aucune trace dans les urines.

A la suite des injections iodées, on observe pendant deux ou trois jours, du moins à l'époque où le malade n'est pas encore habitué à cette opération, une véritable fièvre inflammatoire ; et lorsque celle-ci a été excitée deux ou trois fois avec le caractère passager qui lui est propre, l'appétit se développe d'une manière remarquable, ainsi que M. Bonnet l'a constaté, non-seulement dans les faits qu'il a cités d'abcès provenant de la colonne, mais de plusieurs autres collections purulentes dont j'ai publié l'histoire (*Bulletin de Thérapeutique*, 1852).

Or, si ces injections iodées permettent de modifier heureusement toute l'économie et d'activer la rénovation organique, qui est un des éléments essentiels des médications générales, il faut évidemment laisser le liquide à demeure, et se servir de la solution la plus énergique, c'est-à-dire de la teinture d'iode. M. Bonnet en a constamment employé et laissé en place 60 grammes ; mais, ayant remarqué qu'après deux ou trois injections cette dose ne produit plus de fièvre inflammatoire, il a eu soin de l'augmenter par la suite, afin que la fièvre durât au moins vingt-quatre à trente-six heures.

Entre une injection et celle qui la suit, il doit s'écouler quelques jours au delà de l'époque où l'élimination de l'iode est complétement achevée. Comme celle-ci exige en général une semaine, c'est tous les neuf à dix jours qu'on doit la répéter, si l'on veut donner au traitement toute l'activité désirable. M. Bonnet a agi d'après ces principes dans le cas dont je vais rapporter l'histoire. Le malade a été parfaitement guéri; et l'on a obtenu cette amélioration dans la santé, qui est peut-être le résultat le plus remarquable des injections iodées bien faites. L'ouverture spontanée s'est fait attendre jusqu'à la septième ponction chez ce malade.

Obs. I. — *Abcès par congestion, faisant saillie au pli de l'aine; sept ponctions sous-cutanées, et injections iodées laissées à demeure; absorption de l'iode retrouvé dans la salive et les urines; ouverture spontanée de l'abcès; résultat avantageux; guérison complète constatée deux ans après* (1).

Un jeune homme de vingt ans, entré à la Clinique chirurgicale le 15 décembre 1851, était atteint d'un abcès par congestion, qui faisait saillie au pli de l'aine gauche, et qui était la conséquence d'une affection tuberculeuse sans gibbosité de la douzième vertèbre dorsale. Ce jeune homme n'avait pas une constitution délabrée ; son appétit était assez bon, et ses digestions étaient faciles. Après avoir bien établi son diagnostic, M. Bonnet résolut de traiter cet abcès par congestion, en faisant la ponction sous-cutanée et en injectant dans la cavité de l'abcès de la teinture d'iode. Le 20 décembre 1851, il aspira avec la seringue de M. Guérin 35 centilitres de pus jaunâtre, sans odeur et homogène, et il fit une injection de 60 grammes de teinture d'iode. L'injection ayant été laissée dans le foyer purulent, on appliqua sur l'ouverture purulente une bandelette enduite de collodion.

Cette injection ne produisit pas de phénomènes réellement inflammatoires du côté de l'abcès, puisque la pression n'y provoquait pas de la douleur. On constata tous les matins, pendant les sept jours qui suivirent, la présence de l'iode dans les urines, à l'aide de l'amidon et de la liqueur de Labarraque. L'iodure d'amidon produit par ces réactifs était, le premier jour, d'une coloration bleu foncé, qui s'est graduellement affaiblie jusqu'à sa disparition complète; pendant même les quarante-huit à soixante-douze premières heures, ce réactif a décelé la présence de l'iode dans la salive. Les phénomènes de surexcitation générale, produits par la pénétration de l'iode dans toute l'économie, furent les suivants : pendant les trois premiers jours, le malade fut très-agité ; il y eut de l'insomnie, un malaise général et une fièvre assez forte.

Le 28 décembre, nouvelle ponction et aspiration de 45 centilitres de pus roussâtre ; nouvelle injection de 60 grammes de teinture d'iode ; constatation de l'iode dans les urines pendant six jours ; fièvre pendant trois jours. Point de phénomènes inflammatoires du côté de l'abcès.

Le 7 janvier 1852, l'abcès s'étant reproduit, on retire 37 centilitres d'un

(1) Cette observation a déjà été publiée dans le *Traité des maladies articulaires* de M. Bonnet, mais le résultat définitif ne pouvait être signalé alors. C'est ce complément que je possède aujourd'hui, qui m'a engagé à vous faire connaître ce fait dans son ensemble.

pus se rapprochant de celui des abcès par congestion, et l'on pratique une troisième injection iodée, comme précédemment, de 60 grammes de teinture d'iode. Les mêmes phénomènes généraux se manifestent : l'absorption de l'iode est toujours évidente pendant sept jours, la fièvre de réaction n'est cependant pas si forte.

Le 20 janvier, la tumeur a notablement diminué de volume. On fait encore une nouvelle aspiration de 30 centilitres de pus, et une nouvelle injection, qui est suivie des mêmes phénomènes généraux ; la fièvre dure seulement deux jours, et l'absorption de l'iode sept. Point de phénomènes inflammatoires locaux apparents. On a fait successivement, les 27 janvier et 7 février, une cinquième et une sixième injection iodée, qui amènent des résultats identiques à ceux que nous avons déjà fait connaître. Toutefois, une salivation très-abondante se manifesta après la cinquième ; elle persista trois jours. On trouva dans la salive l'iode en grande quantité.

Enfin, le 17 février, une septième opération est pratiquée. Comme la tumeur a sensiblement diminué, on ne peut aspirer qu'une très-petite quantité d'un pus roussâtre ; le lendemain même de l'opération, il survient une inflammation violente dans l'abcès, qui s'ouvre de lui-même deux jours après. Le pus se fait jour au dehors, et le malade est fatigué à la suite de cette ouverture spontanée ; on agrandit l'ouverture par une cautérisation avec le chlorure de zinc ; le pus s'écoula librement au dehors, sans donner lieu à aucun accident de résorption purulente. On injecte, chaque matin, de la pommade iodée dans le foyer purulent, et, au commencement de mars, le malade quitte l'hôpital pour se rendre chez lui, dans un état satisfaisant. L'abcès suppurait toujours, mais en petite quantité, et la santé générale était fort bonne. Trois mois plus plus tard, époque à laquelle M. le docteur Chevandier donna de ses nouvelles, la santé était bonne, mais la fistule toujours ouverte.

Nous avons revu dernièrement ce jeune homme. Se rendant à Lyon, il s'est empressé de faire une visite à M. Bonnet, afin qu'il eût à constater sa guérison complète. La fistule s'est tarie peu à peu, et aujourd'hui la palpation ne permet de constater aucune tumeur fluctuante dans l'abdomen. Il n'éprouve plus de douleur dans la région dorsale de la colonne vertébrale, et là où existait l'orifice du trajet fistuleux, on ne remarque plus qu'un tissu de cicatrice très-résistant.

A. Philippeaux, D. M.
à Lyon.

BIBLIOGRAPHIE.

Précis théorique et pratique sur les diathèses, par P. Baumès, docteur-médecin, ancien chirurgien en chef de l'hospice de l'Antiquaille de Lyon, ancien médecin de l'hospice des vieillards de la Guillotière, membre correspondant de l'Académie de médecine, etc.

Nous avons tout d'abord à nous excuser vis-à-vis de M. Baumès d'avoir tant tardé à rendre compte de son livre ; diverses raisons, que

nous n'avons pas à indiquer ici, nous ont empêchés de remplir plus tôt notre devoir à cet égard ; mais il en est une dont nous devons compte à l'auteur, et c'est ce que nous allons faire de suite.

Les diathèses ! est-il dans la pathologie une question plus complexe, plus ardue, et pourtant plus importante que celle-ci, non-seulement au point de vue purement doctrinal, mais encore et surtout au point de vue de la pratique de la science ? Telle est, nous ne craignons pas de le dire, l'importance de cette question, que tracer l'histoire des idées sous lesquelles les diathèses ont été successivement conçues, ce serait faire l'histoire de la médecine tout entière. Le sentiment de cette immense difficulté est donc une des raisons principales qui jusqu'ici nous ont fait reculer devant la tâche de parler de l'ouvrage du savant et honorable médecin de Lyon ; qu'en faveur de la naïveté de l'aveu, l'auteur nous pardonne un retard qui a pu l'étonner.

En praticien consommé, et en homme qui n'est pas étranger aux traditions sérieuses de la science, M. Baumès n'a pas méconnu l'obscurité qui enveloppe cette question ; en maints endroits de son livre, il la signale, et avoue humblement son impuissance à la faire complétement disparaître. Cependant, fort de ses études, appuyé sur la base d'observation, il n'a pas désespéré de faire pénétrer quelques rayons de lumière dans les questions qui se posent à propos des diathèses, et il a courageusement publié l'ouvrage dont nous allons parler.

Les divisions de cet ouvrage sont si simples, que nous nous priverons du travail facile qui consisterait à les indiquer ; nous aimons mieux aller droit à quelques-unes de ces divisions, y relever ce qui nous paraît contestable, et mettre en lumière les idées de M. Baumès qui nous sembleront se rapprocher le plus de la vérité.

Qu'est-ce d'abord que la diathèse ? Sur cette question, M. Baumès se sépare de M. le professeur Chomel, dont la définition tend à identifier ce mode de la vie pathologique à une simple prédisposition. Pour le médecin de Lyon, « c'est un besoin anormal de la vie végétative, très-souvent héréditaire, quelquefois acquis, devant nécessairement, fatalement, spontanément se produire au dehors par des manifestations morbides, qui paraissent, puis disparaissent dans un point, pour reparaître là ou ailleurs, à des époques séparées par des intervalles plus ou moins longs ; qui affectent partout une forme identique, ou revêtent des formes diverses, mais toujours dérivant d'un même principe, et étant par conséquent de la même nature. » Jusqu'à quel point cette définition est-elle préférable à celle qu'elle prétend à remplacer ? Nous ne le rechercherons pas ; nous ferons seulement remarquer, à cet égard, qu'avant de se produire par des manifestations tan-

gibles, les diathèses existent déjà, et que le mot disposition, employé par M. Chomel, rend peut-être mieux qu'aucun autre la période de latence qui correspond à ce terme de la maladie. Du reste, quand le médecin de Lyon développe sa définition, il a souvent recours à des artifices de langage qui mettent dans tout son jour la manière dont il conçoit les diathèses, et qui montrent, non qu'il sache plus qu'un autre en quoi consiste la nature de celles-ci, mais qu'il en comprend toute l'obscurité. Avec notre intelligence bornée, n'est-ce pas là souvent le plus haut degré de la science auquel puisse parvenir l'homme qui ne prend pas ses métaphores pour des réalités? Empruntant à l'école de Montpellier une de ses comparaisons les plus heureuses, M. Baumès se plaît souvent à rapprocher des affections de l'âme, des passions, les instincts déviés de la vie nutritive, qui réalisent la perversion diathésique ; en ce sens il est vitaliste, et ne craint pas avec raison de le proclamer bien haut ; mais quand il fait résulter d'une innervation anormale, à la suite d'une impression morbide sur un point du système cérébro-spinal ou ganglionnaire, toute l'évolution diathésique, le médecin de Lyon ne se montre-t-il pas infidèle à cette doctrine?

C'est également encore avec raison qu'il signale sur ce point l'inanité des efforts des anatomistes, des chimistes, des micrographes pour nous dévoiler la nature des diathèses; mais pourtant il nous semble que l'auteur fait une trop petite place à ces méthodes dans l'édification de la science. N'oublions jamais que la vie est une force incorporée, et qu'il est impossible que l'étude physique des tissus, des liquides, des organes que cette force anime, ne soit pas une des premières nécessités logiques de la science. Jusqu'ici ces méthodes sont loin d'avoir réalisé les promesses que quelques-uns de leurs imprudents promoteurs nous ont faites; mais nier que par cette voie on n'ait jeté de vives lumières sur quelques questions, et qu'à mesure que la pathologie sera soumise davantage à leur discipline, la science ne fasse de plus grands progrès encore, c'est faire injure au bon sens. M. Baumès ne marche certainement pas dans cette voie périlleuse, mais il y tend, et nous croyons devoir l'en avertir, afin qu'un si bon esprit ne s'égare pas plus loin dans une direction radicalement fausse.

Nous ne pousserons pas plus loin ces remarques, et passerons immédiatement à la thérapeutique des diathèses, telle que la comprend l'ancien médecin de l'Antiquaille de Lyon. Nous n'hésitons pas à signaler cette partie de l'ouvrage de l'auteur comme celle qui a le plus d'importance. Ce n'est pas que M. Baumès développe toutes les ressources dont on dispose pour combattre les diathèses nombreuses qu'il admet: non, il ne s'agit ici que de la thérapeutique générale de

ces maladies; mais, à ce point de vue restreint, les vues que le médecin de Lyon expose sont pleines de sagesse et de prudence. Il range sous quatre chefs les moyens que la médecine peut opposer aux maladies dont il s'agit. Sous le premier chef, il place les moyens spécifiques ; sous le second, les moyens thérapeutiques par lesquels on peut agir sur l'ensemble de l'organisation ; sous le troisième, ceux à l'aide desquels on peut déplacer les manifestations diathésiques, quand elles compromettent un organe ou un appareil important à la vie ; sous le quatrième enfin viennent se grouper tous les moyens à l'aide desquels on peut espérer de lutter avec quelque avantage contre ces manifestations, quand l'art ne peut tenter davantage. On conçoit qu'il nous est impossible ici de suivre l'auteur dans l'exposition de cette nombreuse série de moyens ; nous ne pouvons que le féliciter hautement de la prudence et de la sagacité avec lesquelles il a su conduire une discussion si difficile. Là partout, on voit que le savant auteur du Précis théorique et pratique sur les diathèses a vu les faits, et qu'il les a sérieusement médités. Pour ne citer qu'une de ces appréciations, écoutez un instant M. Baumès, sur l'importance des moyens hygiéniques dans ces maladies : « D'abord, pour ce qui concerne les modifications hygiéniques, un changement complet, *dans un sens favorable*, des agents hygiéniques, ou bien capable à la longue de modifier considérablement la constitution, de changer totalement la manière d'être, de sentir, des centres nerveux, de renouveler de fond en comble le matériel de l'organisation, en fournissant, dans tous les sens, des éléments meilleurs à la nutrition.... C'est comme un système de distractions physiques, donnant un nouvel aliment, une nouvelle direction aux combinaisons de la vie végétative, de même qu'un système de distractions morales enlève un individu à de mauvais instincts, de mauvaises habitudes, de mauvaises passions. » Il y a, dans cette comparaison, un fonds de vérité qui, pour n'être pas absolu, ne mérite pas moins de fixer l'attention, parce qu'il fait bien comprendre une des ressources les moins incertaines que l'on possède pour lutter contre l'instinct vicieux de l'organisme, qui est au fond de toute affection réellement diathésique.

Nous ne ferons plus qu'une remarque. Le médecin de Lyon reconnaît, avec tout le monde, l'heureuse influence des préparations iodiques pour combattre la diathèse strumeuse ; mais il met à leur usage une restriction que nous ne croyons pas fondée. Ainsi il pense que, dans certains cas, l'iode, en faisant disparaître une manifestation glandulaire sous-cutanée, change la direction de la diathèse qui peut se localiser dans un appareil plus important à la vie. Il cite, à ce sujet, l'histoire d'un enfant chez qui, à l'aide de ce métalloïde, il avait fondu

en grande partie des tubercules cervicaux, mais qui ensuite périt d'une méningite tuberculeuse. C'est là, nous le croyons, une fausse interprétation. L'usage de l'iode n'a point éteint la diathèse, bien qu'il ait réprimé une de ses manifestations, et, par suite de cette persistance du mal, une méningite tuberculeuse s'est produite : voilà tout ; mais rien ne prouve la relation de cause et d'effet qu'affirme l'auteur.

Nous aurions bien encore à signaler quelques assertions ou fort contestables, ou certainement erronées, semées çà et là dans le livre dont nous parlons, soit relativement à l'influence des eaux minérales dans les diathèses, soit relativement à la vaccination syphilitique, soit relativement à la transmission de la vérole, à la seconde ou à la troisième évolution, etc. ; mais tout cela nous entraînerait trop loin. Nonobstant ces quelques taches, le livre du savant médecin de Lyon ne nous paraît pas moins un bon livre, utile à tous, utile surtout à la génération médicale actuelle, à qui l'on a appris à trop concentrer son attention sur le traumatisme pathologique, et qui ne comprend rien à ces vues d'ensemble, sans lesquelles cependant une foule de maladies ne sauraient être conçues. L'ouvrage de M. Baumès concourra à la réhabilitation de la bonne doctrine, et obtiendra ainsi le succès auquel, nous en sommes sûr, l'auteur attache le plus de prix.

BULLETIN DES HOPITAUX.

Bons effets de l'extrait d'aconit à haute dose, dans le traitement des névralgies faciales périodiques. — Les névralgies périodiques de la face ont été bien communes depuis quelque temps à Paris, et l'on a pu se convaincre que le sulfate de quinine n'avait généralement rien perdu de son efficacité contre ces affections. Il n'en est pas moins vrai que quelques-unes de ces névralgies se sont montrées, malgré une périodicité parfaite, entièrement rebelles à l'antipériodique par excellence. Cette circonstance nous a engagé à prier notre collaborateur, M. Aran, à examiner si l'on ne pourrait pas traiter et guérir d'emblée les névralgies périodiques par d'autres moyens que par le sulfate de quinine, et nous avons songé naturellement à l'aconit, le médicament par excellence dans les affections névralgiques, celui dont Pereira disait, peut-être avec un peu d'exagération, que, sans lui, le traitement des névralgies serait impossible.

Nous avons été témoin, dans le service de M. Aran, à l'Hôtel-Dieu, de deux faits de ce genre, qui nous ont paru très-probants, au point de vue de l'utilité de l'extrait d'aconit contre les névralgies pé-

riodiques. Le premier surtout est très-remarquable : c'était un homme de cinquante-trois ans, sondeur, qui avait été déjà atteint, à deux reprises différentes, d'une névralgie faciale sus-orbitaire, pour la première fois en 1839 (la névralgie avait son siége à gauche, et elle résista vingt-deux jours à des applications de sangsues, de glace et de vésicatoires); pour la seconde fois, en 1849 (cette fois, elle avait son siége à droite; après avoir été combattue sans succès par les saignées et les vésicatoires, la névralgie finit par céder au sulfate de quinine).

Le 20 octobre dernier, sans cause connue, le temps étant froid et humide, le malade fut repris de la névralgie sus-orbitaire, et de nouveau à droite. D'abord assez supportables, les douleurs ne tardèrent pas à augmenter d'intensité et surtout à se régler périodiquement. Telle était leur intensité que, le 24 octobre, le malade demanda son entrée à l'Hôtel-Dieu. A cette époque, les douleurs névralgiques étaient parfaitement réglées dans leur retour : toutes les nuits, à deux heures du matin, elles commençaient et augmentaient peu à peu d'intensité, pour diminuer ensuite et disparaître vers onze heures du matin. Pendant l'accès, les douleurs étaient atroces; le malade restait immobile, ne parlant pas, dans la crainte d'augmenter ses souffrances; l'œil droit était à demi fermé et larmoyant; des élancements parcouraient douloureusement le front et la tête, et des irradiations douloureuses se répandaient dans la face, jusque dans les dents.

Après un jour de repos à l'hôpital, l'extrait d'aconit fut administré à ce malade à très-haute dose, l'extrait d'aconit de la pharmacie de l'hôpital étant d'une activité assez médiocre. Huit pilules d'extrait d'aconit de 5 centigrammes furent données dans les vingt-quatre heures, à trois heures d'intervalle; le malade les supporta très-bien; mais l'accès revint à la même heure et aussi intense. Nouvelle et semblable dose le 27. Cette fois, l'accès fut retardé et sa durée diminuée (à huit heures du matin, il avait disparu). Le 28, la dose d'extrait d'aconit fut portée à dix pilules, et le lendemain, à douze. Pendant trois jours encore on continua à la même dose. Le 2 novembre, le malade n'en prit pas par erreur, et le 3, on revint encore à douze pilules; mais ce fut pour la dernière fois. Le retard et le raccourcissement des accès, qui s'étaient montrés dès la deuxième dose, ne firent que se confirmer davantage à partir de la troisième et de la quatrième. Après la cinquième dose, l'accès ne reparut plus. Le malade est resté en observation jusqu'au 4 novembre; il est sorti parfaitement guéri à cette époque.

Dans un second cas, chez un charron, âgé de vingt-quatre ans, la névralgie faciale, également sus-orbitaire, mais du côté gauche, s'était montrée pendant quelques jours, à onze heures du soir; mais une fois

à l'hôpital, et il y entra cinq jours après le début de la névralgie, les accès se montrèrent vers sept heures du matin. Du 15 au 21 décembre, le malade prit un vomitif et un purgatif, pour combattre un embarras gastrique dont il était affecté. Les douleurs névralgiques ayant résisté à ce traitement et au repos, l'extrait d'aconit fut administré, le 21, à la dose de quatre pilules, de 5 centigrammes chacune, et continué à la même dose le 22 et le 23. Le 24 et le 25 décembre, la dose des pilules fut portée à six. Les douleurs furent calmées immédiatement et réduites à très-peu de chose, mais sans disparaître complétement. Cependant, le 25, elles étaient presque nulles et, le 26, le malade, se trouvant très-bien, quitta l'hôpital.

Nous ne ferons qu'une seule réflexion, mais elle nous paraît de la plus haute importance : c'est qu'il y aurait les plus grands dangers à administrer l'extrait d'aconit à une dose aussi élevée que cela a été fait par M. Aran, si cet extrait était bien préparé et jouissait, par conséquent, d'une activité convenable. La dose de 10 centigrammes, en quatre ou six pilules, ne nous paraît pas devoir être dépassée en commençant ; mais on peut certainement aller beaucoup au delà, graduellement, et en suivant attentivement les effets du médicament.

Un mot sur l'emploi des inhalations d'iode dans le traitement de la phthisie pulmonaire.—Si nous n'avons pas parlé plus tôt de l'emploi des inhalations d'iode dans le traitement de la phthisie pulmonaire, malgré le retentissement que plusieurs personnes ont voulu donner à ce traitement, c'est que nous savions que M. le professeur Piorry, l'un de ses plus chauds défenseurs, préparait un travail dans lequel il devait faire connaître les résultats qu'il en a obtenus. Effectivement, M. Piorry a mis ces jours derniers sous les yeux de l'Académie de médecine un résumé duquel il résulterait qu'il aurait obtenu, sur 31 cas, sept fois la disparition de la matité et des signes stéthoscopiques, vingt fois une amélioration plus ou moins marquée, et que quatre malades seulement auraient succombé.

Deux mots d'abord sur la manière dont les malades ont été traités : un ou deux grammes d'iode ont été versés dans un bocal d'un litre de capacité, à très-large ouverture, et les vapeurs qui s'en exhalaient ont été respirées par le malade un très-grand nombre de fois, cent, deux cents fois par jour, et même davantage, dans les vingt-quatre heures. En outre, pour placer en quelque sorte le malade dans une atmosphère iodée, on a disposé autour de son lit, sur le sol, du côté de la tête, trois ou quatre soucoupes, contenant chacune un gramme d'iode. Très-

rarement les malades ont été traités par l'appareil de M. Chartroule, ou par les cigarettes d'iode.

Quant aux résultats de ce traitement, voici comment ils ont été exposés par M. Piorry. Presque constamment, dit-il, il y a eu une modification avantageuse dans les symptômes fonctionnels, tels que la toux, l'abondance et l'aspect des matières expectorées, les phénomènes de fièvre hectique, etc. Mais ce qu'il y a de plus remarquable, c'est que, d'après M. Piorry, après quatre, six, quinze, trente jours, six semaines, deux ou trois mois de traitement par l'iode, il y aurait eu presque constamment une diminution de 1, 2 ou 3 centimètres dans l'étendue de la surface où existaient primitivement l'obscurité du son, la matité, la résistance au doigt; qu'en même temps les signes stéthoscopiques révélaient fréquemment une amélioration sensible dans l'état des masses indurées : la respiration, par exemple, devenait meilleure, et les râles étaient moins gros et moins abondants.

Nous n'avons voulu rien affaiblir des arguments développés par M. Piorry ; et cependant il y aurait beaucoup à dire sur les dessins graphiques avec lesquels il croit avoir démontré cette diminution rapide dans les phénomènes plessimétriques. Mais ce qui ôte à ces faits la plus grande partie de leur valeur, c'est que, ainsi que ce professeur l'a déclaré, d'autres moyens étaient associés à l'emploi de l'iode ; par exemple, des vomitifs de temps en temps, des astringents, du sulfate de quinine, des loochs et des juleps béchiques, voire même des applications de teinture d'iode sur la poitrine ; enfin, tous les malades ont été mis à un régime généralement réparateur. Ne sait-on pas qu'il suffit souvent de quelques-uns de ces derniers moyens pour amener cette amélioration, dont M. Piorry est si fier, et, quant à ces prétendus faits de guérison, il aurait fallu les suivre pendant un certain temps pour savoir ce qu'ils sont devenus. A cet égard, comme sur d'autres points, M. Piorry était fort mal renseigné, si bien que, prié par M. Robiquet de dire si, chez les quatre individus qui ont succombé, il avait pu vérifier un changement ou bien seulement une conformité exacte entre l'altération pathologique et les dessins graphiques, il s'est rejeté sur l'infaillibilité du plessimétrisme, comme si toutes les méthodes de diagnostic n'étaient pas faillibles de leur nature !

Nous regrettons, par conséquent, d'avoir à le dire : ces expérimentations ne nous paraissent pas suffisamment concluantes. La réfutation faite, par M. Piorry, des assertions d'un de ses élèves qui a vu les vapeurs d'iode augmenter les accidents laryngiens, prouve même qu'il n'a pas réussi à convaincre entièrement ceux qui l'entourent. Les inhalations d'iode ne peuvent donc être considérées comme ayant résolu

le problème du traitement de la phthisie pulmonaire; car si, dans quelques cas, elles paraissent modifier avantageusement certains phénomènes par leur action topique, il n'en est pas moins vrai qu'elles sont sans action sur le fond, sur les conditions essentielles de la maladie. Reste à savoir même si cette action topique des vapeurs d'iode n'est pas trop irritante dans la généralité des cas de phthisie pulmonaire; et, si nous en croyons, à cet égard, les renseignements qui nous ont été communiqués, les vapeurs d'iode seraient très-difficilement supportées par les malades et ne produiraient pas toujours, à beaucoup près, les résultats favorables dont M. Piorry a déroulé le tableau devant l'Académie de médecine.

Tumeur veineuse du cou.—Injection de six gouttes de perchlorure de fer.—Guérison.—M. Giraldès vient de présenter à la Société de chirurgie un nouvel exemple de l'efficacité de la méthode Pravaz, appliquée aux kystes sanguins. « La question des injections du perchlorure de fer chez l'homme a été présentée à l'Académie de médecine d'une manière si singulière, dit M. Giraldès, qu'il n'est peut-être pas sans intérêt de montrer que ces injections peuvent être faites sans accident. Le malade que je présente à la Société en est un exemple : c'est un homme âgé de soixante-dix ans, admis à la Charité, dans le service dont j'ai la direction, pour être opéré d'une tumeur de la lèvre inférieure. Guéri de cette opération, le malade me demanda si je ne pouvais pas le débarrasser d'une seconde tumeur du volume d'une forte noix, qu'il porte à la base du cou. Constituée par du sang veineux, une ponction exploratrice la vide en totalité, mais elle ne tarde pas à se remplir de nouveau. La nature du liquide extrait m'engage à y pousser une injection de 6 gouttes de perchlorure à 30 degrés. La coagulation du sang fut rapide, et deux jours après l'injection, la tumeur avait triplé de volume, sans être enflammée. J'appelle l'attention de mes collègues sur ce point, car on observe toujours cette augmentation après les injections de perchlorure dans les varices; et si l'on n'en était pas prévenu, on pourrait regarder ce phénomène comme le précurseur de quelques accidents graves. Quelques jours après, la tumeur commença à diminuer, et aujourd'hui, seize jours après l'injection, elle offre à peine la moitié du volume qu'elle avait avant l'opération. J'aurais désiré conserver encore ce malade, mais il veut retourner chez lui, et je n'ai pas voulu le laisser quitter Paris, sans faire constater ce nouveau résultat de la méthode Pravaz. »

RÉPERTOIRE MÉDICAL.

AMÉNORRHÉE (*Bons effets des applications de sinapismes sur les mamelles dans l'*). Tout le monde connaît les relations sympathiques qui lient l'utérus et les mamelles, et cependant combien peu on utilise ces relations dans la pratique, au point de vue du traitement de l'aménorrhée! combien peu on emploie aujourd'hui ces applications de ventouses dont les anciens faisaient un si grand usage en pareille circonstance! Dans un travail intéressant, sur lequel nous aurons occasion de revenir, M. Cormack a rappelé l'attention des médecins sur les effets remarquables que l'on peut obtenir de l'application des sinapismes sur les mamelles dans l'aménorrhée, et il a cité à cette occasion les faits peu connus, publiés il y a bien des années par M. Paterson.

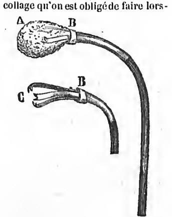
Ce fut en quelque sorte par hasard que Paterson fut conduit à l'emploi de ce moyen. Ayant prescrit par occasion un petit sinapisme chez une jeune femme chloro-hystérique, qui avait une douleur à la partie supérieure et externe du côté droit de la poitrine, l'infirmière appliqua par erreur un très-large sinapisme, qu'elle maintint en place pendant une demi-heure. Aussi, le lendemain, le sein droit était extrêmement douloureux, tuméfaction générale des téguments et de la mamelle correspondante, sans induration glandulaire. Le surlendemain, la tuméfaction persistait encore, mais les règles avaient paru depuis le matin en abondance, et elles coulèrent pendant deux jours. Depuis deux ans et demi, la malade ne les avait pas vues. Dans ces circonstances, M. Paterson songea à tenter ce traitement dans un cas d'aménorrhée; il fit choix d'une jeune fille, chez laquelle, à la suite d'une exposition brusque au froid, les règles s'étaient suspendues pendant cinq mois, et qui, depuis cette époque, éprouvait de la céphalalgie, de la langueur, de la perte d'appétit et du dégoût pour le travail. Divers moyens avaient été employés sans succès. M. Paterson prescrivit l'application d'un sinapisme sur la moitié claviculaire de la mamelle droite, que la malade garda en place pendant une demi-heure. Six ou sept heures après, toute la mamelle était considérablement gonflée, chaude et douloureuse. Le lendemain matin, le gonflement de la mamelle avait considérablement augmenté, et la tuméfaction s'était étendue à la région sous-claviculaire et axillaire. Dans la soirée, les règles reparurent et durèrent pendant deux ou trois jours; soulagement considérable; en une semaine, la malade avait repris son ancien état de santé.

M. Cormack, qui a fait usage de ce moyen, considère l'irritation des mamelles comme un des moyens les plus efficaces et les plus rapides pour ramener la menstruation, mais qu'on ne saurait cependant employer indifféremment dans tous les cas. Il peut être employé seul dans beaucoup de circonstances, mais en général on se trouve bien de le combiner avec d'autres moyens. Ainsi, dans l'aménorrhée aiguë par suppression, il convient d'associer aux sinapismes sur les mamelles, l'emploi des vêtements chauds autour du tronc et des membres, et le bain de siége chaud renouvelé toutes les douze heures; dans l'aménorrhée des chlorotiques, il faut employer en même temps les ferrugineux, le manganèse ou l'arsenic; mais, en outre, il faut choisir, pour le moment où on applique les sinapismes, celui où la congestion mensuelle semble s'opérer vers les ovaires; et, dans certains cas, on peut chercher à provoquer cette congestion par l'administration des cantharides ou du seigle ergoté. (*Associat. med. journal*, 1853.)

CATARACTE. *Son traitement médical par l'iodure de potassium à l'intérieur et les vésicatoires ammoniacaux.* La plupart des médecins considèrent comme une chimère la cure de la cataracte sans opération, comme une jonglerie charlatanesque les promesses que l'on fait aux malades à cet égard. Et cependant il est impossible de nier que la cataracte ne se soit guérie spontanément. Est-il donc impossible à la thérapeutique de réaliser jamais ce que la nature accomplit parfois d'elle-même? Evidemment non, et quelques faits cliniques, qui témoignent de la puissance de l'intervention de l'art sont signalés de loin en loin. En attendant

que le moment soit venu de rassembler ces faits pour en tirer quelques enseignements, il importe de rassembler avec soin les matériaux qui se produisent. M. Garcia Lopez vient de publier quelques observations à l'appui de l'efficacité du traitement formulé par M. Pugliatti, et qui consiste dans l'administration de l'iodure de potassium à l'intérieur et l'emploi de l'ammoniaque comme vésicant sur les tempes. Voici les résultats de ces tentatives : — 1º Homme de cinquante ans ; cataracte capsulaire presque complète, datant de trois mois : vésicatoires ammoniacaux, pas d'iodure ; résolution en deux mois.—2º Homme de trente ans; cataracte lenticulaire molle, striée, datant de deux ans ; capsule saine. Après un mois et demi de traitement, le malade réclame l'opération. M. Lopez reconnaît, en la pratiquant, que la cataracte était devenue plus diffluente et la trouve, en effet, constituée par des grumeaux nageant dans un liquide laiteux.—3º Femme de plus de quarante ans ; deux cataractes capsulo-lenticulaires dures, incomplètes, développées depuis un an. Elle ne peut distinguer que les objets rapprochés et d'un gros volume. Après sept mois de traitement, l'opacité a presque disparu, à part un point central ; la malade a recouvré la vue, au point qu'elle peut coudre et vaquer aux occupations domestiques. — 4º Femme de cinquante ans ; cataracte capsulo-lenticulaire dure, datant de trois ans, du côté droit ; à gauche, une semblable en voie de formation depuis un an et compliquée d'amblyopie. Après six mois d'emploi d'iodure et de vésications ammoniacales, le second œil a seul obtenu un changement favorable : l'opacité y est presque totalement dissipée. Ces succès ne nous paraissent pas exagérés, et l'auteur n'avait, du reste, aucun intérêt d'amour-propre à en grossir la signification, puisque la méthode qui les lui a procurés n'est point de son invention. Tels qu'ils sont présentés, ils doivent, ce nous semble, encourager les praticiens à expérimenter à leur tour cette méthode. Il est d'autant plus important d'instituer ce traitement curatif dans les cas qui semblent propices, que, si l'on n'y a pas recours, si l'on admet *à priori* l'inefficacité absolue des remèdes, on n'a plus à conseiller aux malades d'attendre patiemment la maturité de leur cataracte ; et l'on perd ainsi, en laissant écouler sans traitement les premiers mois, le temps qui serait le plus favorable à la résolution de l'opacité, celui où la lésion céderait plus aisément à l'action des remèdes. Un moyen d'une grande valeur, dont M. Lopez ne dit rien, est l'emploi d'une pommade iodurée, que l'on fait fondre à la surface de la conjonctive. Nous avons sous notre observation une dame qui, par l'usage exclusif de cette sorte de collyre, guérit d'une cataracte capsulo-lenticulaire double. Lorsque la cure sera complète, nous publierons ce fait intéressant, car, dans une question aussi obscure, on ne saurait accumuler trop de témoignages désintéressés. (*El Porvenir medico* et *Gaz. hebd.*, décembre 1853.)

CAUTÉRISATIONS PHARYNGIENNES (*Nouveau modèle de porte-éponge pour pratiquer les*). La nature des affections du pharynx qui réclament l'emploi des cautérisations impose au praticien le devoir de ne se servir jamais de la même éponge chez deux malades. Afin d'éviter le collage qu'on est obligé de faire lors-



qu'on doit changer l'éponge des instruments ordinaires, M. le docteur Adams, ancien secrétaire de l'Académie de médecine de New-York, a eu l'idée de faire construire, par M. Charrière fils, un porte-éponge terminé par trois branches c, entre lesquelles on introduit l'éponge A. Pour fixer celle-ci, on fait mouvoir un anneau constricteur B qui est maintenu, à son tour, à l'aide d'un

point d'arrêt placé sur l'une des branches. Le modèle construit par M. Charrière fils a été présenté à la Société de chirurgie par M. Robert. M. Guersant a mis sous les yeux de ses collègues, dans la séance suivante, un instrument semblable, mais plus simple, inventé par M. Apostolidès. C'est un morceau de bois ou de baleine recourbé qui, au lieu de se terminer par des branches, est percé d'un large trou. Cette ouverture est destinée à recevoir un gros fil solidement fixé à une petite éponge. Pour maintenir celle-ci à l'extrémité de ce porte-éponge, on se borne à enrouler le fil autour du manche de l'instrument. M. Robert a soutenu devant la Société les avantages que présentait le modèle construit par M. Charrière fils; nous partageons son avis à cet égard; cependant, comme les praticiens sont quelquefois pris au dépourvu et forcés de se créer immédiatement des moyens d'intervention, nous croyons leur être utile en leur faisant connaître l'appareil très-simple recommandé par M. Apostolidès.

ÉTHER SULFURIQUE (*Vomissement chronique guéri par les capsules d'*). Nous avons signalé le nouveau mode d'emploi de cet éther préconisé en ces derniers temps par M. le docteur Clertan, de Dijon; voici un fait rapporté par M. le docteur Elia Galante, d'Arpino, qui témoigne de la plus grande énergie d'action de ce mode particulier d'administration du médicament. Il s'agit d'une fille de vingt-huit ans, qui, à l'âge de dix-sept ans, eut ses règles supprimées brusquement par un accès de frayeur. La menstruation ne se rétablit que six années plus tard; encore fut-elle peu abondante et irrégulière. La malade passa par une série d'accidents hystériformes de plus en plus caractérisés, malgré quelques trêves passagères; au commencement de 1853, il se joignit à la gastralgie habituelle des vomissements qui se répétaient à la moindre ingestion d'aliments ou de boisson. Elle ne pouvait supporter qu'un mélange de lait et d'eau, de lait d'ânesse et quelques autres substances aussi légères. Plus tard, vers le mois de mai, les vomissements devinrent plus opiniâtres encore: narcotiques, eau de laurier-cerise, castoréum, valérianate de zinc, furent employés sans succès, aussi bien que les vésicatoires épigastriques, les bains et une série de moyens qui feraient une *Iliade*. Il est à noter que la sortie d'un peu de sang menstruel, si peu que ce fût, amenait un calme momentané. Les choses en étaient là, lorsque M. Galante eut l'idée d'essayer les perles d'éther du docteur Clertan. Le 28 mai, la malade prit une de ces capsules, et but, un quart d'heure après, une tasse de bouillon de poulet qu'elle ne vomit pas comme à l'ordinaire. Bref, six perles d'éther suffirent pour arrêter définitivement les vomissements. On eut recours ensuite au valérianate de zinc, qui fut pris à petites doses pendant tout le mois de juin, et la santé se rétablit entièrement.

L'acuité de la douleur gastralgique, qu'exaspérait encore l'ingestion du moindre aliment, ou la plus légère pression, l'absence des signes propres aux affections organiques de l'estomac, l'existence de symptômes caractéristiques de l'hystérie, les circonstances enfin dans lesquelles la maladie avait pris naissance, tout dénotait la forme purement dynamique des accidents observés du côté de l'estomac. L'éther était donc parfaitement indiqué. Il ne paraît donc pas douteux que l'éther enveloppé dans une capsule et ne se dégageant que dans le ventricule, ne possède, contre de tels symptômes, une efficacité qui n'appartient pas à l'éther administré à l'air libre. Mais le fait est évident pour ce cas particulier; car antérieurement on avait employé en vain l'éther et la liqueur d'Hoffmann en potion et en frictions sur l'épigastre. (*Il Filiatre Sebezio* et *Gaz. hebd.*, décembre 1853.)

EXOSTOSE *sous-unguéale du gros orteil enlevée avec succès; guérison constatée sept mois après*. La récidive, que le plus souvent on observe après l'ablation de cette sorte de tumeur, avait conduit les maîtres de la science à préférer, dans ces cas, l'amputation de la dernière phalange. En 1850, M. le docteur Lecomte a discuté dans sa thèse la valeur de cette pratique, et est parvenu à démontrer, à l'aide de faits cliniques, que la récidive tenait seulement à une ablation incomplète de l'exostose. L'importance du gros orteil pour la progression nous engage à signaler un nouveau succès obtenu sans amputation par M. Malgaigne. Un jeune garçon de seize ans

est admis, le 7 mai, à l'hôpital Saint-Louis, pour une exostose sous-unguéale du gros orteil droit. L'affection siégeait au côté interne de la phalange, et s'était manifestée, sans cause connue, environ six mois auparavant. L'ongle était sain, dévié seulement de sa direction normale; et la partie interne de l'orteil, qu'il ne recouvrait plus, offrait quelques fongosités peu élevées. Lorsque le malade fatiguait un peu, les douleurs devenaient si vives, qu'il réclamait toute opération nécessaire pour le guérir. Le 10 mai, le malade étant chloroformisé, avec un fort bistouri, tenu à pleine main, le chirurgien enlève, d'arrière en avant, la portion de l'ongle soulevé par la tumeur, sans toucher à sa matrice. L'exostoso, mise ainsi à découvert, présentait un tissu rougeâtre et mou; elle fut réséquée par tranches, à l'aide du bistouri, jusqu'au niveau de la phalange; alors le tissu rouge et spongieux de l'exostose semblait s'enfoncer dans la phalangette. Elle fut déracinée très-facilement à l'aide de la gouge, et M. Malgaigne ne s'arrêta que lorsqu'il eut atteint le tissu sain, qui se distinguait par sa teinte grisâtre et sa consistance plus grande. Il restait alors une sorte de petite cupule creusée dans le tissu osseux, qui fut remplie avec une petite boulette de charpie. Le 13, on lève l'appareil; déjà des bourgeons charnus apparaissent au fond de la petite plaie; ils continuent à croître et finissent par combler la perte de substance; le 30 mai, la plaie était cicatrisée. La partie de l'ongle qui avait été enlevée commençait à repousser. Le malade appuyait sur l'orteil et marchait sans la moindre douleur; aussi lui accorde-t-on sa sortie.—La question importante était de savoir si l'exostose ne repullulerait pas. M. Malgaigne a fait revenir le malade et a pu constater, sept mois après l'opération, que la guérison se maintenait complète. L'ongle a repris sa courbe, sa forme et son poli, et l'orteil ne présente aucune trace apparente de la mutilation qu'il a subie. (*Revue médico-chirurgicale*, décembre 1853.)

GROSSESSE (*Bons effets de l'emploi de la noix vomique contre des vomissements, et de l'acétate de cuivre contre des crampes liées à la*). L'acétate de cuivre administré à l'intérieur n'a guère été expérimenté en France que contre les affections cancéreuses; les bons résultats consignés dans l'observation suivante nous engagent à enregistrer le fait publié par M. Lobach. Une femme de quarante-trois ans, enceinte pour la sixième fois, sujette aux crampes pendant ses grossesses antérieures, fut prise, dans le cours de cette sixième grossesse, de crampes plus fortes que les précédentes et, en même temps, de vomissements tellement opiniâtres que l'estomac ne supportait aucune espèce d'aliment; la maigreur était devenue extrême. M. Lobach prescrivit la teinture de noix vomique, à la dose de 3 ou 4 gouttes toutes les deux heures, médicament qu'il avait souvent employé avec succès dans des cas semblables. Les vomissements s'arrêtèrent, mais les crampes continuèrent à se manifester avec violence. On tenta alors la teinture d'acétate de cuivre à très-faible dose, mais elle ne fut pas supportée. L'usage du fer fut suivi de quelque amélioration; mais bientôt les crampes reparurent et persistèrent, malgré l'emploi de la valériane, du castoréum et d'autres substances médicamenteuses. Peu à peu cependant, après l'usage de la teinture d'ambre et de musc, du fer, de la noix vomique, l'état de la malade s'améliora vers le milieu de la grossesse. Trois mois plus tard, les mêmes symptômes ayant reparu, on revint à l'emploi de la teinture d'acétate de cuivre, une goutte d'abord toutes les heures, puis on augmenta insensiblement jusqu'à six gouttes; l'action fut des plus remarquables: au bout de trente-six heures, tous les accidents avaient cessé. La fin de la grossesse fut encore très-orageuse; cependant on parvint à soulager la malade, et l'on combattit de nouveau les crampes par l'emploi de l'acétate de cuivre. Cette femme mit au monde un enfant délicat, qui ne parut pas être tout à fait à terme. Les suites de couches ne présentèrent rien de particulier.

Pour nos lecteurs, qui ont eu déjà sous les yeux bon nombre d'observations de cas de vomissements, pour ainsi dire incoercibles, ayant cédé à l'usage de la noix vomique et de son alcaloïde, nous passerions sur cette partie de l'observation; mais nous devons faire mention à ce propos de la remarque faite par M. Lobach, c'est que, dans tous les cas dans lesquels la noix vomique s'est montrée

efficace, le médecin dit qu'il existait toujours une affection quelconque du foie, plus ou moins développée. Quant à l'acétate de cuivre, on a remarqué avec quelle rapidité il a calmé les crampes. L'auteur a été conduit à en faire usage, par les bons succès qu'il en avait retirés dans les crampes des hystériques et dans les paralysies, suite d'apoplexie. (*Verhandlungen der phys.-med. Gescin Wurzburg*, t. III.)

OPIUM (*Bons effets de l'administration de l'*) *par l'urètre, dans certaines affections douloureuses des organes pelviens et abdominaux.* — Cette administration de l'opium par la voie urétrale, pour soulager ou faire disparaître certaines affections rebelles et douloureuses, en particulier la hernie étranglée, les coliques violentes, et quelques formes d'ischurie, ne paraît pas véritablement à dédaigner, si l'on s'en rapporte aux faits publiés, dans ses *Opere minori*, par M. Riberi. Ce chirurgien distingué affirme qu'il s'en est très-bien trouvé dans la hernie inguinale étranglée, cette hernie se réduisant quelquefois spontanément, dès qu'il survient du sommeil; mais, dans la plupart des cas cependant, il faut avoir en outre recours au taxis. Lorsqu'il est déjà survenu de l'inflammation, et que celle-ci a amené des adhérences, un épanchement purulent, etc., ou bien lorsque l'étranglement s'est emparé d'une hernie irréductible depuis longtemps, on est bien obligé d'en venir à l'opération; mais les malades la supportent beaucoup mieux, et la fièvre traumatique est moins marquée chez eux. Ce qui est surprenant c'est de voir, 20 ou 30 minutes après l'introduction de l'opium, cesser complétement les douleurs qui étaient si violentes, le pouls devenir plus souple, la hernie moins tendue, et toute l'économie tomber dans le relâchement par le fait du narcotisme. Dans deux cas de coliques néphrétiques où les douleurs étaient atroces, et contre lesquelles les autres moyens avaient échoué, soulagement très-marqué après ces injections narcotiques. Dans six cas de rétention d'urine, dont quatre dans lesquels le cathétérisme avait été impossible, il y eut du soulagement. Même résultat après la production réitérée du narcotisme dans deux cas de névralgie de l'urètre, suite d'onanisme. Dans le cancer de l'utérus, c'est également un moyen très-puissant pour pallier les douleurs. Dans la colique spasmodique, l'opium agit merveilleusement par cette voie, et même dans la colique inflammatoire c'est un auxiliaire puissant du traitement antiphlogistique. Dans les maladies organiques douloureuses du tube digestif, dans lesquelles l'estomac ne supporte pas les opiacés, c'est une voie d'administration très-sûre et d'autant plus utile qu'elle ne produit ni la constipation rebelle, ni l'irritation du tube digestif, ni le narcotisme excessif que déterminent les hautes doses d'opium données par les voies ordinaires. Quant à la dose du médicament, elle varie entre 2 et 6 grains, et il importe peu que l'opium soit introduit seulement dans l'urètre ou qu'il pénètre dans la vessie; mais ce qui tend à prouver cependant que la muqueuse urétrale absorbe mieux et plus rapidement que la vessie, c'est que, par cette méthode, le narcotisme survient plus facilement chez l'homme que chez la femme.

PERCHLORURE DE FER (*Nouveau mode d'emploi du*). Bien que l'action astrictive du perchlorure de fer sur les tissus soit un fait depuis longtemps connu, et dont on a, plus d'une fois, su tirer parti dans la pratique, cependant l'attention toute particulière dont cet agent est l'objet depuis quelque temps nous fait un devoir de ne négliger aucun des faits ni aucune des tentatives qui peuvent paraître de nature à éclairer sur ses effets. C'est à ce titre que nous reproduisons les faits suivants, publiés par M. Thierry, et nous le faisons avec d'autant plus d'empressement qu'ils font connaître, en même temps que des résultats satisfaisants, une modification heureuse, imaginée par l'auteur dans le but d'en faciliter et d'en assurer l'action, nous voulons parler de l'application préalable d'un vésicatoire.

En présence des faits dont il avait été témoin, dont il avait eu connaissance par la publicité, M. Thierry s'est demandé pourquoi on n'avait pas recours, surtout pour les tumeurs variqueuses érectiles, à un procédé d'expérimentation de l'extérieur à l'intérieur. Mettant hors de cause les anévrysmes, M. Thierry n'a voulu s'occuper que des varices,

des ulcères variqueux, des tumeurs érectiles, et de ces petites tumeurs cancéreuses de la face, connues sous le nom de *noli me tangere*, etc. Il a essayé, dans tous ces cas, l'application du perchlorure de fer à 35°, de l'extérieur à l'intérieur. Mais, pour en assurer l'effet, il a cherché préalablement à prévenir l'opposition que fait, en général, l'épiderme à l'action de ce sel, en l'enlevant au moyen d'un petit vésicatoire. En conséquence, l'épiderme ayant été enlevé, vingt-quatre heures après environ, il verse dans une capsule en verre le perchlorure de fer; puis, avec un pinceau, il l'étend toujours à 35° de densité sur la partie où il désire qu'il produise son effet. Si c'est un simple ulcère, et qu'il n'y ait pas d'épiderme, bien entendu, il n'applique pas de vésicatoire, et ne fait que passer légèrement le perchlorure; si c'est une masse variqueuse ou une tumeur érectile, il passe plusieurs fois le pinceau et fait en sorte, laissant sécher successivement les premières couches de perchlorure, qu'il y en ait trois couches superposées.

Le premier malade soumis à cette médication portait, à la partie interne et inférieure de la jambe, un ulcère variqueux, accompagné de varices volumineuses, de la grosseur d'un œuf de poule, situées au haut de la jambe, du même côté.

Le 13 novembre 1853, il appliqua un vésicatoire sur la masse variqueuse. Le lendemain, après avoir enlevé l'épiderme, il étendit plusieurs fois de suite, avec le pinceau, le perchlorure de fer à 35°. Deux jours après l'application du caustique, la tumeur variqueuse n'existait plus; à sa place était une escarre noirâtre, entourée d'un bourrelet rouge. Huit jours après, le malade put faire à pied un long trajet, qu'il n'avait pas fait depuis plusieurs années. L'ulcère variqueux tendait à se cicatriser; l'escarre était noire et dure; ses bords étaient légèrement soulevés par une suppuration très-peu abondante. Huit jours encore après, les varices avaient complétement disparu dans le membre, et, au bout d'un mois, l'escarre était complétement tombée; les bourgeons charnus s'élevaient, et, après le 25 décembre, la cicatrice était complète et l'ulcère variqueux était radicalement guéri. Le malade vaquait à ses travaux.

Chez un individu portant une plaie variqueuse, de la grandeur d'une pièce de cinq francs, le perchlorure de fer a été appliqué au même degré sur la plaie même. Cinq jours après, la plaie a changé d'aspect, et, au bout de quinze jours d'un traitement simple, l'ulcère était guéri.

Ces mêmes bons résultats ont été constatés chez un homme de soixante-dix ans, ayant, depuis vingt ans, une plaie ulcéreuse; guérison en vingt-cinq jours; chez une femme de quatre-vingts ans, atteinte de petites ulcérations (*noli me tangere*), guéries en quinze jours, et chez un enfant de sept mois qui portait une tumeur érectile.

De ces faits, M. Thierry se croit justifié à conclure : que le perchlorure de fer peut être employé avec avantage comme caustique et comme médicament topique, et que l'application peut être faite avec succès de l'extérieur à l'intérieur. Il lui a paru que le perchlorure de fer avait la propriété spéciale de refouler et de coaguler le sang dans les petits vaisseaux; qu'il devait constituer un excellent hémostatique, dans les cas d'hémorrhagies diffuses ou par transsudation; et enfin, que la chirurgie possédait en lui un puissant modificateur de toutes les ulcérations développées sur les tumeurs cancéreuses. Ainsi, après avoir cautérisé avec la pâte de Vienne, avec le beurre d'antimoine, des ulcères cancéreux de la face, il a eu un résultat beaucoup plus satisfaisant, dans des cas de récidive, et même des cicatrisations complètes plus rapides, par l'application du perchlorure de fer, que par tout autre moyen caustique, chez des individus sur lesquels plusieurs cautérisations, à des époques différentes, par d'autres caustiques, n'avaient amené qu'une guérison apparente et de courte durée.

Ces guérisons des varices et des ulcères variqueux seront-elles de longue durée? C'est une question que M. Thierry se pose lui-même et que nous ferons avec lui, jusqu'à ce qu'une expérience suffisamment prolongée ait permis de se prononcer définitivement à cet égard.

Quant à l'idée de dénuder, à l'aide d'un vésicatoire, la surface de certaines tumeurs que l'on se propose de modifier par l'action du perchlorure de fer, qui n'aurait pas une énergie suffisante pour agir à travers l'épiderme, c'est une heureuse

modification qu'on ne peut qu'approuver et qui permettra d'étendre l'emploi de cet agent à des cas nombreux qui contre-indiqueraient l'emploi de caustiques plus énergiques ou dont l'action ne saurait lui être comparée. (*Moniteur des Hôpitaux*, janvier 1854.)

SEIGLE ERGOTÉ. *Son emploi contre les écoulements blennorrhagiques passés à l'état chronique.* Depuis 1842, époque à laquelle M. Desruelles fit connaître les bons effets qu'il avait obtenus de l'administration du seigle ergoté dans les cas d'urétrites intenses, siégeant dans les portions prostatiques et membraneuses du canal, cet agent médicamenteux n'a pas été l'objet de nouvelles études; suivant M. le docteur Lazowski, l'emploi du seigle ergoté ne serait cependant pas moins efficace dans un grand nombre d'écoulements chroniques qui font le désespoir des malades et des médecins. Bien plus, suivant ce médecin, certaines blennorrhées, compliquées de rétrécissements de l'urètre peu intenses, ont cédé quelquefois au seigle ergoté, ou tout au moins, son usage a rendu la guérison plus facile et plus prompte. Voici la formule que recommande ce médecin :

Pr. Seigle ergoté récemment pulvérisé	4 grammes.
Safran de mars apéritif.,	5 50 cent.
Poudre de vanille	0 25 cent.
Camphre pulvérisé	0 25 cent.

Mêlez et divisez en 20 paquets; un le matin à jeun, un second le soir en se couchant.

La durée moyenne du traitement est de dix à vingt jours, pendant lesquels il est inutile de soumettre les malades à une diète trop rigoureuse. Pour seconder l'action du moyen, M. Lazowski prescrit une décoction de quinquina gris. (*Revue thérap. du Midi*, 1853.)

STRABISME (*Nouveau moyen de traitement orthopédique du*). Tout le monde connaît aujourd'hui le stéréoscope popularisé jusqu'à devenir un jouet d'enfant. Un savant physiologiste allemand, M. du Bois-Raymond, a eu l'ingénieuse idée d'introduire cet instrument dans la pratique médicale, comme un moyen nouveau de guérir le strabisme. Pour lui, un des moyens orthopédiques des plus puissants sera de faire faire au malade des exercices répétés de stéréoscopie. Il est clair que le stéréoscope n'est pas indispensable au fond; M. Paris nous en a fourni la preuve dans l'article inséré dans notre livraison du 30 décembre (page 549), et l'on obtiendra le même effet toutes les fois que l'on regardera fixément des corps situés à une distance telle que la parallaxe produite par la distance des yeux soit assez considérable. Seulement le malade n'aura aucun signe qui lui fasse connaître s'il dirige bien ses axes optiques, en l'absence de son instituteur. Les exercices visuels avec le stéréoscope présentent cet avantage, que le passage de l'image double dans un objet matériel lui indique la bonne direction de ses yeux. Ce signe ne servira pas seulement aux malades, qui peuvent se contrôler eux-mêmes; mais il sera utile à ceux qui s'occupent de l'éducation des enfants, comme moyen de contrôler leurs élèves. Une mère peut, par exemple, montrer à son enfant l'image stéréoscopique connue à Berlin sous le nom de *napf kuchenform* (gâteau en forme de jatte), tantôt du côté de la concavité, tantôt du côté de la convexité, et l'enfant sera bien habile s'il peut dire, sans réunir les images et en les voyant séparées, s'il a devant les yeux un relief ou un creux.

Une difficulté surgit dans l'emploi de ce nouveau moyen, c'est qu'une personne affectée de strabisme verra difficilement quelque chose de bien distinct avec les images du stéréoscope, puisque cela réussit souvent très-mal, et même pas du tout à ceux dont les yeux ne sont pas accommodés de même, par suite de l'emploi antiphysiologique d'un seul verre oculaire, même lorsqu'ils ne sont pas atteints de strabisme. Il n'en est pas moins vrai que l'emploi du stéréoscope de Wheatstone présente théoriquement beaucoup d'avantages, et qu'il tiendra une place utile dans le traitement orthopédique du strabisme; mais on devra débuter par les exercices indiqués par M. Paris; puis, lorsque les yeux auront acquis une certaine puissance d'accommodation, passer à l'emploi du stéréoscope. (*Archives de Muller*, 1853.)

VARIÉTÉS.

Pendant l'année qui vient de s'écouler, la Société de chirurgie s'est adjoint : comme membre honoraire, M. Hervez de Chégoin ; membre titulaire, M. Bouvier ; correspondants nationaux, MM. Alquié et Bouisson, professeurs à la Faculté de Montpellier ; correspondants étrangers, MM. Heifelder, professeur à Erlangen, Michaux, professeur à Louvain, Burgraeve, professeur à Gand.

L'Académie de médecine vient de déclarer une vacance dans son sein. L'élection aura lieu dans la section d'anatomie pathologique.

Avant de prendre possession des nouvelles fonctions qu'il est appelé à remplir à la Faculté de médecine, M. Soubeiran a donné sa démission de la place qu'il occupait à l'Ecole de pharmacie. Un tel acte n'a besoin que d'être signalé pour être apprécié à sa haute valeur !

M. Filhol, professeur de chimie à l'Ecole de médecine, est chargé du cours de chimie de la Faculté des sciences de Toulouse, en remplacement de M. Boisgiraud.

A la suite d'un brillant concours, M. le docteur Hergott, médecin de l'hôpital de Belfort, a été nommé professeur agrégé à la Faculté de médecine de Strasbourg.

M. Laurencin, premier chirurgien en chef de la marine, et M. Laugier, ancien médecin en chef des hôpitaux de Toulouse, viennent de mourir dans cette ville.

Nous extrayons du progamme que publie la Société de médecine de Lille, les questions qui suivent.

Médecine. — Faire l'histoire de la paralysie générale progressive, en appréciant les méthodes curatives proposées jusqu'à ce jour et basant le jugement porté sur des observations nouvelles. — Le prix sera une médaille d'argent.

Chirurgie. — Des différents accidents produits par les machines et des indications qui doivent guider le médecin dans leur traitement. — Le prix consistera en une médaille d'argent.

Chimie. — Indiquer un moyen pratique, différent de ceux déjà connus aujourd'hui (dont l'insuffisance est notoire), pouvant être mis dans les mains des agents de l'autorité pour apprécier d'une manière immédiate et sûre le degré plus ou moins grand de pureté du lait livré journellement à la consommation des populations. — Prix : une médaille d'argent.

CONCOURS DE 1855. — 1° *Chirurgie.* — Absorption purulente ou putride, considérée non-seulement au point de vue chirurgical, mais dans ses divers modes de production. La question devra être éclairée par des observations empruntées à l'anatomie pathologique comparée, et, autant que possible, appuyée par des expériences faites sur des animaux. — Prix : une médaille d'argent.

2° *Chimie et pharmacie.* — Rechercher, au moyen de l'analyse chimique, quelle est la partie des plantes narcotico-âcres, *jusquiame, belladone, stramonium, ciguë (conium maculatum), aconit, tabac,* qui contient, à poids égal, abstraction faite de l'eau de végétation, la plus grande quantité de l'alcaloïde auquel chacune d'elles doit ses propriétés médicales caractéristiques.

Déterminer l'époque à laquelle ces parties atteignent leur maximum de richesse ;

Si la dessiccation apporte quelques modifications dans la composition, et par suite dans les propriétés de la plante fraîche ;

Quelle est la préparation pharmaceutique qui contient et conserve dans le plus grand état d'intégrité, et en plus grande quantité sous le moindre volume, les principes actifs du végétal.

Les concurrents devront faire connaître l'ordre et la méthode suivis dans leurs recherches, ainsi que les procédés d'analyse employés. — Le prix sera une médaille d'or de la valeur de 100 fr.

Le rédacteur en chef, E. DEBOUT.

THÉRAPEUTIQUE MÉDICALE.

DE L'EMPLOI DU TARTRE STIBIÉ DANS LE TRAITEMENT DE LA PHTHISIE PULMONAIRE,

Par M. BRICHETEAU, médecin de l'hôpital Necker.

En tête des obstacles qui s'opposent aux progrès de la thérapeutique, il ne faut pas hésiter à placer la mauvaise habitude, répandue parmi les auteurs, de dénigrer tous les moyens employés avant celui sur lequel ils croient devoir appeler l'attention des praticiens. M. Piorry nous en a offert un nouvel exemple, lors de la lecture de son dernier mémoire à l'Académie de médecine, sur le traitement de la phthisie pulmonaire par les inhalations de vapeurs d'iode.

A l'aspect du poumon dont la surface absorbante et exhalante est si étendue, dont le tissu est sillonné par une multitude de vaisseaux sanguins et lymphatiques, on se rappelle que le grand anatomiste Mascagni s'était écrié : « Si jamais on parvient à découvrir un remède efficace contre la phthisie pulmonaire, ce sera parmi les substances qui peuvent être appliquées directement aux poumons par la voie de l'inspiration. » Cette exclamation, qui n'était au fond qu'une hypothèse, a été prise cependant au sérieux, et bien des pages suffiraient à peine pour tracer l'historique des essais faits dans cette voie.

M. Piorry est venu nous signaler une tentative nouvelle. Nous n'avons pas à nous occuper aujourd'hui du sort réservé à ce nouveau mode d'emploi de l'iode. Persuadé que nous sommes que l'on sert mieux les intérêts de la pratique en rappelant l'attention des médecins sur les agents thérapeutiques qui ont reçu la consécration du temps, qu'en exagérant la valeur des moyens nouveaux, nous rappellerons ce que nous avons écrit sur une médication bien ancienne déjà, nous voulons parler de l'emploi de l'émétique à dose réfractée dans le traitement de la phthisie pulmonaire.

Notre opinion, favorable à l'administration de ce médicament, repose sur des faits nombreux, que nous recueillons, depuis plus de quinze années, dans un service d'hôpital où affluent les malades affectés de phthisie. Nous avons été, il est vrai, souvent obligé de le suspendre, parce qu'il déterminait des évacuations trop nombreuses, ou parce que les malades n'avaient pas le courage de supporter ses effets nauséeux; mais les accidents passagers résultant de l'administration de l'émétique n'ont jamais eu aucune suite fâcheuse. Nous n'avons pas observé non plus que l'estomac en particulier en fût notablement lésé. Comment

croire, en effet, que de très-petites doses de tartre stibié pourraient enflammer l'estomac des phthisiques, quand des doses énormes n'ont aucune action nuisible sur celui des pneumoniques? Baumès avait dit bien avant nous : « Sans doute, l'émétique a de grandes contre-indications dans la phthisie, mais il semble aussi qu'on peut l'employer beaucoup plus empiriquement qu'on ne le croit. Si l'on craignait les effets de ce médicament pour des poumons délabrés par un état de phlogose, ce qui ne mérite pas peu d'attention, on pourrait se rappeler que plus d'une fois l'émétique a sauvé des malades atteints de pneumonitie très-fâcheuse. » Si l'on voulait une explication physiologique de la manière d'agir de l'émétique, il nous semble qu'on la trouverait dans la théorie de Carswel, sur la tuberculisation : en effet, selon cet auteur, la tuberculisation, comme nous l'avons dit ailleurs, est le résultat d'une fonction sécrétoire très-complexe ; la matière tuberculeuse serait, en premier lieu, déposée sur la surface libre des membranes muqueuses, et en particulier sur celles qui tapissent les extrémités bronchiques, puis dans le tissu pulmonaire. Or, rien de plus propre pour nous à empêcher ce dépôt de matière tuberculeuse que l'action réitérée des émétiques susceptibles d'augmenter la sécrétion bronchique et d'en activer l'expectoration, de prévenir enfin la localisation de la maladie sur les organes pulmonaires. Cette action locale ne peut qu'être puissamment secondée par les autres effets de l'émétique, tels que la diaphorèse, la stimulation sur l'appareil biliaire, l'activité générale imprimée à la totalité des organes excréteurs.

On a beaucoup varié sur l'espèce de vomitif qu'il convenait d'employer ; la vieille réputation de l'ipécacuanha dans les maladies de poitrine a déterminé quelques praticiens à le préférer à tous les autres. Thomas Reid l'avait adopté, et le donnait à doses modérées et suffisantes pour produire des nausées. Morton employait la scille, d'autres ont préféré le sulfate de cuivre. Le tartre stibié est aujourd'hui le plus généralement usité, c'est presque le seul auquel nous avons eu recours ; il est plus certain dans ses effets, plus facile à administrer ; son action est plus énergique, principalement sur les sécrétions muqueuses et biliaires. De plus, il excite plus sûrement l'acte du vomissement, il agit moins souvent sur l'intestin que l'ipécacuanha ; et nous ajouterons que ce dernier point est capital, car les évacuations intestinales ont un inconvénient grave, qui s'explique par la fréquence du développement des tubercules dans l'appareil digestif.

Depuis l'époque où Lanthois, de Montpellier, prescrivait l'émétique (1818), des expériences plus récentes sur l'action de ce médicament dans la même maladie ont été faites par Giovanni de Vittis

médecin en chef de l'armée italienne. A l'hôpital militaire de Capoue, où l'on envoie le plus grand nombre des phthisiques de l'armée, l'émétique est prescrit dans tous les cas. S'il fallait en croire le médecin italien, du 1er mai 1828 au 18 janvier 1832, il serait sorti parfaitement guéris, de l'hôpital de Capoue, 40 cas de catarrhes chroniques, 47 de phthisie au premier degré, 102 au second et 27 au troisième, formant le total de 216 guérisons, dont 160 phthisiques. Le mode de traitement consistait à donner, matin et soir, une cuillerée à bouche de la solution suivante :

Pr.	Infusion de fl. de sureau.....	150 grammes.
	Tartre stibié.............	0,15 centigrammes.
	Sirop simple..............	30 grammes.

Une seconde cuillerée de cette potion était donnée un quart d'heure après, quand la première n'avait point produit de vomissement. Les malades étaient soumis en même temps à une diète légère et farineuse, composée principalement de riz, de chocolat et de biscuit. Si le tartre stibié excitait une vive purgation, on le suspendait pendant quelques jours et on le remplaçait par la digitale et l'ipécacuanha, auxquels on attribue de puissants effets pour la guérison de la diarrhée, quand on les administre à la dose de 5 centigrammes chaque, répétée d'heure en heure et même plus souvent jusqu'à ce que la diarrhée ait cessé.

On ne peut admettre la réalité de toutes les guérisons annoncées par le médecin italien, et spécialement celles qui ont pour objet une période avancée de la phthisie. Néanmoins, il est difficile de révoquer en doute l'utilité des moyens employés dans l'hôpital de Capoue, en présence d'un si grand nombre de faits ; du moins nous sommes porté à en juger ainsi d'après notre expérience propre. Il n'est presque pas douteux qu'il n'y ait eu de nombreuses erreurs de diagnostic commises dans la pratique de Giovanni de Vittis, et qu'il n'ait confondu souvent des catarrhes et autres maladies bénignes du poumon, avec la phthisie pulmonaire. Disons cependant que, n'ayant traité que des sujets jeunes et d'élite, retenus dans un hôpital militaire et soumis à une discipline rigoureuse pendant tout le traitement, le médecin italien a pu obtenir des résultats plus avantageux que ceux que fournissent les hôpitaux civils, où l'on ne peut ni retenir les malades aussi longtemps qu'il serait nécessaire pour compléter les expériences, ni les soumettre à une discipline rigoureuse, sous le rapport de l'administration d'un médicament qu'ils refusent souvent, ou qu'ils font semblant de prendre, pour ne pas être évincés de l'hôpital.

Depuis longtemps que nous employons l'émétique dans la phthisie, nous suivons le mode d'administration de Giovanni de Vittis; nous don-

nons de 5 à 15 centigrammes de tartre stibié dans une potion de 150 grammes d'eau ou d'infusion de sureau, avec addition de 30 grammes de sirop. Le malade en prend communément une cuillerée à bouche matin et soir, deux heures avant et après le repas ; il ajoute une seconde cuillerée quand le médicament ne produit ni nausée ni vomissement. Quand on saura que nous avons eu souvent une dizaine de malades en traitement sur un total de soixante à quatre-vingts, on pourra se convaincre du nombre prodigieux de sujets que nous avons traités depuis quinze ans. Le lecteur doit croire que si nous avons persisté avec tant d'opiniâtreté dans ce traitement, c'est que nous y avons rencontré des avantages, et aucun inconvénient majeur. Indépendamment des cas de guérison, peu considérables, il est vrai, eu égard au nombre des expériences que nous avons tentées, une foule de malades que l'on interroge tous les jours, et qui ne restent pas suffisamment à l'hôpital pour qu'on ait des résultats positifs, nous répondent : Je me trouve soulagé, je n'ai plus de douleurs et de barre dans la poitrine, je crache moins, j'ai plus d'appétit et de forces, mes sueurs ont disparu, je suis en état de travailler, etc. Puis ils demandent leur sortie, laissant un fait évidemment incomplet. Des malades, par le le seul aspect de leur figure, la restauration d'nne partie de leur embonpoint, indiquent de suite une notable amélioration. D'autres se félicitent chaque jour du soulagement que leur produisent les évacuations supérieures, le débarras de leur estomac ; il en est même, en très-petit nombre toutefois, qui sont soulagés par les évacuations intestinales. Néanmoins, il ne faut pas se le dissimuler, il est bien difficile de tirer des conclusions exactes et rigoureuses d'un pareil traitement ; beaucoup de malades, les femmes surtout, s'y soumettent avec répugnance, et vous induisent en erreur si vous n'avez pas la précaution de faire administrer le médicament par quelque personne exacte et consciencieuse. Aussi avions-nous toujours le soin de recommander à la sœur de la salle les malades qui prenaient le tartre stibié ; et, malgré cette précaution, nous étions obligé de renvoyer des malades qui se refusaient à prendre le remède.

Nous n'avons jamais donné le tartre stibié que dans la phthisie pulmonaire bien caractérisée ; mais nous l'avons administré dans une multitude de cas trop avancés pour espérer la guérison des malades. Un grand nombre d'entre eux restaient dans un état stationnaire ; nous en avons ainsi traité pendant des années entières, en les maintenant dans un état tolérable ; plusieurs sortaient de l'hôpital et rentraient quelques mois après, pour faire usage du même moyen, demandant eux-mêmes la potion stibiée. Un d'entre eux, qui venait parfois

réclamer des conseils, se présenta chez moi le 17 mai 1850; il y avait trois ans que je l'avais traité de la phthisie par le tartre stibié; il portait encore une petite caverne singulièrement rétrécie au sommet du poumon droit. Cet état ne l'empêchait pas de travailler depuis l'époque où il était sorti de mon service. J'ai revu cet homme, il y a très-peu de temps; il est toujours dans le même état, et exerce la profession de jardinier-fleuriste.

Nous le répétons ici, nous n'avons jamais observé, à la suite de cette pratique, d'autres accidents que des nausées, du dévoiement facile à faire cesser par la suspension du remède, ou par l'administration de quelques doses d'ipécacuanha associé à la digitale pourprée, etc. Les auteurs, d'ailleurs, ont multiplié les preuves de l'innocuité de ce remède. Je n'ai jamais vu, dit Reid, l'usage de l'émétique, continué pendant plusieurs mois, avec les précautions convenables, avoir des suites fâcheuses; à peine ai-je trouvé, au contraire, un exemple où la santé n'en ait pas été sensiblement améliorée. Je trouve, dans Clark, que Richter rapporte le cas d'une femme de quarante ans, qui prit 600 fois l'émétique en dix ans. Robinson a soigné une personne affectée de consomption, sujette à des attaques réitérées d'hémoptysie, qui vécut huit ans en prenant trois doses d'ipécacuanha par semaine, pendant toute cette période. Il est hors de doute, ajoute Clark, que les médecins qui emploient l'émétique d'une manière si étendue ont une grande confiance dans les avantages qu'il procure, et nous pouvons conclure qu'une grande partie des malades en sont, de leur côté, bien convaincus. Autrement on concevrait à peine qu'ils voulussent persister à se soumettre à un traitement si pénible. Dans les climats chauds, où les organes gastriques sont plus irritables, les émétiques ne paraissent pas moins utiles aux phthisiques. J'ai employé, dit M. Rufz, les vomitifs à toutes les époques de la phthisie; sur vingt cas, j'ai été obligé de les suspendre trois fois seulement, à raison de la fatigue qu'ils causaient aux malades. Dans dix-sept autres cas, ils ont produit de bons effets; presque toujours la toux était calmée, la respiration plus libre, l'appétit meilleur. Jamais je n'ai vu la diarrhée succéder à l'emploi des vomitifs; et il cite l'exemple d'un empirique qui avait administré plus de cent fois des vomitifs à un phthisique sans aucun accident.

Que si l'on nous demande maintenant pourquoi on a tant négligé, abandonné même l'usage de ce remède, nous répondrons que cela dépend probablement de la difficulté d'obtenir des résultats positifs, puis du dégoût et des sensations désagréables et pénibles que produit l'émétique.

Depuis que nous avons écrit ces lignes, témoin des répugnances de beaucoup de malades, nous avons substitué l'ipécacuanha à l'émétique ; nous administrons 10, 15 ou 20 grammes de sirop d'ipécacuanha dans une potion gommeuse de 120 grammes, qui est prise par cuillerées.

En ces dernières années, un médecin de Tours, M. Bernardeau, a publié, dans ce journal, les résultats qu'il a obtenus de l'emploi de l'émétique à dose assez réfractée pour ne jamais amener le vomissement. Cette méthode est celle que suivait Lanthois ; elle mérite d'être signalée, car ce mode d'administration du tartre stibié ne provoque pas la répugnance des malades. Je l'emploie même presque exclusivement depuis quelque temps, en réduisant la quantité d'émétique qui entre dans la potion de Giovanni de Vittis, à 3 ou 5 centigrammes.

En terminant cette note, nous n'avons pas besoin de rappeler aux praticiens que le traitement de la phthisie pulmonaire ne consiste pas en l'emploi d'un seul moyen, et qu'en dehors de la diathèse tuberculeuse, il est un grand nombre d'indications secondaires dont nous n'avons pas à parler ici, puisque notre but était de témoigner auprès d'eux de la valeur de l'émétique, à dose plus ou moins réfractée, dans le traitement de cette maladie.

THÉRAPEUTIQUE CHIRURGICALE.

DES HÉMORRHAGIES PÉRIODIQUES QUI COMPLIQUENT LES SUITES DES OPÉRATIONS CHIRURGICALES ET DE L'UTILITÉ DE LEUR TRAITEMENT MÉDICAL.

Par M. Bouisson, professeur de clinique chirurgicale à la Faculté de Montpellier

(Suite et fin) (1).

Obs. III. *Sphacèle de la jambe à la suite d'une fracture compliquée du fémur. Amputation de la cuisse; hémorrhagie intermittente consécutive. Administration du sulfate de quinine. Guérison.* — Un jeune homme de vingt-un ans, le nommé Jean Deler, terrassier, était occupé à décharger des pierres placées sur une charrette. Un mouvement mal combiné fit détacher inopinément une grosse pierre qui renversa Deler, fit une contusion à sa poitrine et tomba sur sa cuisse gauche, qui fut pour ainsi dire écrasée sur le sol. Il en résulta une fracture à fragments multiples, dont le moyen était divisé dans le sens longitudinal. Deler fut apporté à l'hôpital Saint-Eloi le 1er juillet 1848. Les soins qui lui furent donnés ne purent enrayer les conséquences de la grave lésion qu'il avait subie ; la jambe se sphacéla, et il fallut pratiquer l'amputation de la cuisse très-

(1) Voir la livraison du 15 janvier, p. 12.

haut, c'est-à-dire dans le point exigé par la lésion osseuse, qui remontait presque au-dessous du petit trochanter. Nous avons raconté ailleurs les détails de cette lésion et de l'amputation qui fut nécessaire (1); nous n'insisterons présentement que sur les suites de l'opération, qui furent, pendant quelques jours, compromises par une hémorrhagie qui prit le caractère intermittent, et dont la reproduction eut lieu avec le type tierce.

L'amputation de la cuisse avait été faite sous l'influence de l'éthérisation, vingt-deux jours après l'accident. Le malade fut traité comme de coutume; seulement, je recommandai une surveillance active, d'après l'idée que la ligature, placée sur des artères comprises dans l'épaisseur d'un membre qui avait été enflammé par le fait de la fracture, pourraient se détacher prématurément et exposer à des hémorrhagies consécutives. Les choses se passèrent d'abord très-régulièrement. Le lendemain il y eut une réaction légère. Au premier pansement, qui eut lieu le 4 août, le moignon était dans un état satisfaisant: la réunion était faite dans une très-grande étendue; il ne s'écoulait un peu de pus que vers la partie moyenne. Le rétablissement se poursuivait, lorsque le malade, ayant reçu, le 12 août, la visite de ses parents, éprouva une vive émotion et fit un écart de régime, double circonstance qui ne pouvait qu'influer fâcheusement sur son état.

Le soir même, entre huit et neuf heures, un mouvement fébrile se déclara et fut promptement suivi d'une hémorrhagie qui avait le caractère artériel. L'application de la glace sur le moignon arrêta le sang. Le lendemain, il ne se passa rien de particulier. On soumit le malade à un régime sévère, et l'on continua l'application de la glace. Le 14, je me bornai à déterger le moignon souillé par le sang; les réfrigérants, aidés d'une compression modérée, furent continués. La journée s'était bien passée, lorsque le soir, à la même heure que l'avant-veille, il se produisit un second mouvement fébrile suivi d'une nouvelle hémorrhagie, qui fut arrêtée par la compression exercée sur l'artère crurale. Le retour périodique de la fièvre et de l'hémorrhagie fixèrent alors notre attention. J'avais déjà prescrit, indépendamment des moyens locaux, un traitement tonique et des astringents internes, mais ces moyens devenaient insuffisants en présence de l'indication nouvelle. J'ajoutai, en conséquence, pour la journée du 16, et en prévision d'une hémorrhagie pour le soir, six pilules contenant chacune 1 décigramme de sulfate de quinine, à prendre de deux heures en deux heures. Cette médication eut seulement pour effet de diminuer la fièvre et l'hémorrhagie, qui n'en reparurent pas moins à la même heure. Le lendemain, 17, le malade était affaibli, agité; le moignon était pâle dans quelques points, et violacé dans d'autres, à cause de l'infiltration sanguine. (Pansement simple, lotion tonique, limonade minérale alternée avec la tisane de ratanhia édulcorée avec le sirop de grande consoude; vin de quinquina ferrugineux, bouillons acidulés.) Le lendemain, je fis administrer de nouveau les pilules de sulfate de quinine, et un aide fut, par précaution, placé à demeure auprès du malade, avec recommandation de comprimer la crurale, en cas de retour de l'hémorrhagie; mais ni la fièvre ni l'hémorrhagie ne reparurent, et on ne remarqua chez le malade qu'une

(1) Voyez notre Mémoire sur les fractures longitudinales du corps des os longs (Union médicale, Paris, 1850).

grande dépression des forces. Désormais tous les moyens eurent pour but de redonner au malade l'énergie nécessaire : la médication tonique fut maintenue ; le moignon est pansé avec le cérat camphré ; la charpie est imbibée d'une solution légère de chlorure de chaux, pour remédier à l'effet de la décomposition du pus. Une amélioration a lieu. Néanmoins, le 26, une autre cause, la diarrhée, vint affaiblir de nouveau le malade. Cette complication fut enrayée par un traitement convenable. A dater de ce moment, tout rentre dans l'ordre : la suppuration diminue et prend un meilleur aspect, la plaie perd sa couleur blafarde et se couvre de bourgeons charnus, qu'il fallut bientôt réprimer avec le nitrate d'argent. Vers le milieu de septembre Deler sortit de l'hôpital, complétement guéri.

L'hémorrhagie intermittente qui s'est développée chez ce malade est digne d'attention sous les rapports de ses causes déterminantes, de son type, de ses relations avec la fièvre et de sa gravité.

Eu égard aux circonstances qui ont influé sur son développement, on doit noter une émotion morale vive, occasionnée au malade par la visite de ses parents et par un écart de régime. Ces causes sont, comme on le sait, au nombre des plus fréquentes parmi celles qui suscitent la production de l'hémorrhagie consécutive. Mais leur influence se borne à la production d'une hémorrhagie, par suite de l'action qu'elles exercent sur la circulation ; elles ne peuvent rien sur la périodicité de l'écoulement sanguin ; et si celui-ci reparaît avec régularité, c'est qu'une disposition morbide générale favorise sa réapparition. Dans ce cas, l'affection interne que nous signalons n'a pas présenté le caractère complet d'un accès de fièvre, dont l'hémorrhagie aurait été le dernier stade ou la crise. Nous n'avons pas observé, en effet, le frisson primitif qui caractérise un accès de fièvre complet ; l'état fébrile a consisté uniquement dans la force et l'accélération du pouls, avec chaleur générale, sans être précédé de la période de concentration qui appartient au début des accès. On ne saurait douter cependant de la réalité d'une affection fébrile intermittente, lorsqu'on remarque la périodicité qu'a présentée chez notre malade l'accident dont nous recherchons la pathogénie. L'hémorrhagie s'est effectuée chez lui tous les deux jours, à la même heure, en suivant le type tierce, qui est l'un des plus communs et des mieux caractérisés des fièvres intermittentes. Nous voyons, en conséquence, les symptômes propres à la fièvre s'effacer, dans le cas actuel, s'amoindrir, pour ainsi dire, en manquant d'un de ses stades, et prendre cette forme insidieuse et incomplète des fièvres dites larvées, dans lesquelles les caractères distinctifs de l'accès sont masqués sous la prédominance d'une affection coexistante. Le fait que nous avons rapporté nous montre le premier degré de ces fièvres suivies d'hémorrhagie par une surface traumatique, et dans lesquelles l'accident tend à prédominer sur la forme fébrile proprement dite ; un degré de

plus, et on n'a que l'hémorrhagie intermittente sans symptômes fébriles précurseurs ou coexistants, comme nous le verrons dans l'observation suivante. Mais peut-on méconnaître la filiation de la fièvre et de l'hémorrhagie, quand on étudie de pareils phénomènes, et quand on suit, dans l'analyse de divers cas du même genre, la série des rapports qui existent entre l'accès fébrile et l'hémorrhagie, et qu'on voit d'abord l'accès complet avec frisson initial, chaleur et hémorrhagie remplaçant la sueur; puis, dans un autre cas, la disparition du frisson ; enfin, dans d'autres cas, l'hémorrhagie seule, sans phénomènes précurseurs, mais se reproduisant avec une intermittence régulière, et révélant ainsi ses rapports avec une fièvre larvée dont elle est alors la seule manifestation ?

Dans l'observation précédente, l'hémorrhagie fut non-seulement remarquable par son type et sa prédominance, mais elle doit surtout fixer notre attention en raison de sa gravité. L'écoulement sanguin avait été très-abondant ; il présentait le caractère artériel ; il provenait d'une surface traumatique très-étendue, et à laquelle aboutissent les vaisseaux volumineux de la partie supérieure du membre pelvien. Il était donc urgent de remplir les indications immédiates et d'opposer un obstacle local à l'hémorrhagie, en même temps que la cause interne devait être attaquée. De là les précautions que nous avions prises d'appliquer de la glace sur le moignon, de comprimer la crurale, et de placer un aide à demeure auprès du malade, pour parer à tout accident. L'administration du quinquina n'est puissante que pour empêcher le retour de l'accident, mais elle ne peut rien sur son actualité ; et il eût été d'une haute imprudence de se borner à cet agent médicamenteux. Nul doute, cependant, que le sulfate de quinine n'ait été le moyen principal de guérison, en empêchant le molimen hémorrhagique de se reproduire, ce dont on ne saurait douter en remarquant la relation qui a existé entre son emploi et la décroissance de l'hémorrhagie.

Obs. IV. *Tumeur encéphaloïde du deuxième métacarpien de la main droite. — Ablation par la méthode ovalaire. — Hémorrhagie intermittente quotidienne dès le troisième jour de l'opération. — Sulfate de quinine. — Guérison.* — Françoise Lapierre, de Romans (Isère), actuellement gouvernante à Digne (Basses-Alpes), est entrée à l'hôpital Saint-Eloi le 18 novembre 1851, et a été placée au n° 3 de la salle Notre-Dame. Cette femme, âgée de trente-quatre ans, est douée d'une assez bonne constitution et d'un tempérament lymphatico-sanguin ; elle affirme n'avoir jamais eu d'autre maladie que celle qu'elle porte à la main. On ne constate, en effet, chez elle aucune trace d'affection scrofuleuse ou syphilitique ; et elle déclare n'avoir connu, soit chez ses parents directs, soit chez des collatéraux, aucune personne qui ait été atteinte d'une maladie cancéreuse ; elle a été seulement atteinte

de douleurs rhumatismales récentes dont elle est très-bien rétablie. Sa santé paraissait excellente, lorsqu'au mois de juin 1851, en arrachant des herbes dans un jardin, elle appuya fortement sur l'index de la main droite, et éprouva une douleur assez vive dans l'articulation métacarpo-phalangienne correspondante. Une tumeur ne tarda pas à se développer dans le trajet du second os métatarsien, et elle prit un volume graduellement croissant. Les douleurs ressenties par la malade dans la tumeur étaient peu intenses, et elle a même pu se servir de sa main jusqu'au moment où le gonflement des tissus a gêné le jeu des muscles qui se rendent aux doigts. Depuis six mois, la malade a subi divers traitements, qui tous ont été impuissants à arrêter les progrès de la maladie. Elle a pris successivement de l'huile de foie de morue, de l'iodure de potassium, de la tisane de salsepareille, des bains toniques. On a fait aussi sur la tumeur diverses applications topiques qui n'ont produit aucun résultat; en dernier lieu, on a pratiqué à la tumeur une ponction qui n'a donné issue qu'à un sang grumeleux et épais, sans mélange de pus.

Voici l'état de la malade au moment de son entrée à l'hôpital : tumeur d'une forme ovoïde, du volume d'une orange, faisant relief sur toute la face dorsale du deuxième métacarpien du côté droit, ainsi que vers la portion correspondante de la face palmaire, refoulant sur ses côtés le premier et le troisième métacarpien qui ne peuvent être rapprochés. En bas, sa limite correspond à l'articulation métacarpo-phalangienne; en haut, elle s'arrête au niveau du carpe. Le gonflement des parties périphériques de la tumeur lui donne un volume apparent plus considérable que ne l'est réellement la tumeur elle-même; au toucher, elle est molle, pâteuse et offre une sensation de fausse fluctuation. Au point culminant de la tumeur, entre le pouce et l'index, existe la trace de la ponction qui avait été pratiquée et qui ne s'est point cicatrisée. Plusieurs fois du sang s'est écoulé par cette ouverture; parfois, en jet continu, mais jamais saccadé comme celui du sang artériel. Un stylet, introduit par cette ouverture, pénétra sans résistance dans le tissu de la tumeur. On ne rencontre aucune résistance au niveau du métacarpien, qui paraît ramolli et détruit complétement. Les douleurs qui accompagnent cette tuméfaction sont modérées; elles n'ont eu que rarement le caractère lancinant.

Après plusieurs jours d'exploration et d'observation destinés surtout à établir les limites où il fallait circonscrire l'opération, nous proposâmes à la malade d'enlever la tumeur, en conservant le reste de la main, ce qui fut accepté d'autant plus volontiers qu'elle craignait qu'il ne fût nécessaire d'amputer dans l'articulation du poignet. Le 24 novembre, Françoise Lapierre a été préalablement éthérisée, après avoir été posée dans la position horizontale. Après quelques minutes, l'insensibilité était complète. J'ai pratiqué une incision ovalaire commençant sur le dos de la main, au niveau de l'extrémité supérieure du deuxième métacarpien, descendant vers la commissure du pouce et de l'indicateur, pour circonscrire ce dernier à sa base, et remonter vers la région dorsale de la main jusqu'à son point d'origine. Après la section de la peau, j'ai coupé les tendons extenseurs et fléchisseurs qui vont à l'indicateur, et qui étaient fortement soulevés par la tumeur. Le bistouri a pu alors être engagé dans l'espace interosseux, de manière à isoler la masse morbide, tout en ménageant les organes qu'il était essentiel de respecter, notamment le muscle adducteur du pouce et

l'artère radiale, au point où elle pénètre vers la paume de la main, entre le premier et le second métacarpien. L'extrémité supérieure de ce dernier a été réséquée avec les cisailles de Listan. La tumeur était enkystée, son ablation a pu être rapide et complète. Les artères intéressées, et spécialement les dorsales du carpe et du métacarpe, ont été liées; les bords de la plaie ont été rapprochés et maintenus par la suture et l'appareil ordinaire pour la réunion.

L'examen de la tumeur nous a révélé, conformément à notre diagnostic, la présence d'un tissu encéphaloïde, ramolli à son centre, et présentant une sorte d'excavation remplie de sang. Le deuxième métacarpien, qui avait sans doute été le point de départ de la maladie, avait complétement disparu dans ses quatre cinquièmes inférieurs; il ne restait de partie osseuse qu'à l'extrémité articulaire carpienne où la section avait été faite: la masse morbide était parfaitement circonscrite par une enveloppe fibreuse.

Une potion calmante est administrée à la malade immédiatement après l'opération. Le reste de la journée et la nuit se passent sans accidents.

Le lendemain, 25, la malade est assez bien, le pouls est fréquent; elle n'éprouve qu'une légère douleur à la main; pas de chaleur dans le membre supérieur; la langue est blanchâtre. (Bouillons, crème de riz, limonade). Le 27, on change l'appareil à la visite du matin. Les pièces de cet appareil sont imbibées d'une humeur séro-sanguinolente, mais il n'y a pas de trace d'hémorrhagie proprement dite. L'aspect de la plaie est satisfaisant; mais il existe un léger embarras gastro-intestinal, et la malade éprouve plus d'anxiété que n'en comporte son état apparent.

La nuit du 27 au 28 est bonne; mais dans la matinée de ce dernier jour, à sept heures, il se produit spontanément, et sans qu'il y ait de fièvre concomitante, une hémorrhagie légère qui exige le renouvellement des pièces du pansement. La perte de sang ayant été peu abondante, on ne prescrit rien pour l'arrêter ou la prévenir. La malade continue les bouillons et la tisane d'orge; elle prend un lavement dans la journée, qui se passe sans douleur et sans fièvre.

Le lendemain, 29, après une bonne nuit et sans phénomènes prodromiques, il se produit, à sept heures du matin, une hémorrhagie très-considérable avec syncope, qui exige l'emploi du tourniquet sur l'artère humérale. Au moment de la visite (sept heures trois quarts), toutes les pièce de l'appareil sont imbibées de sang. Le pansement est fait avec soin; la plaie est abstergée; on enlève plusieurs points de suture qui sont tiraillés, à cause de la présence des caillots qui remplissent la plaie. Des boulettes de charpie sont appliquées vers l'angle supérieur de celle-ci; la compression locale est faite méthodiquement, et on recommande l'application de la glace, si l'écoulement de sang reparaît dans la journée. Dans la prévision d'une hémorrhagie intermittente, je prescrivis en outre huit pilules contenant chacune 1 décigramme de sulfate de quinine et 5 centigrammes de thridace, à administrer depuis deux heures de l'après-midi; la malade doit prendre, en outre, de la tisane de ratanhia et des bouillons acidulés.

La journée se passe bien; et, le lendemain, à l'heure redoutée, aucune hémorrhagie ne se produit. La malade, quoique affaiblie, se trouve bien.

On continue les mêmes prescriptions que la veille; mais la malade néglige de prendre les pilules de sulfate de quinine.

Le lendemain, 1er décembre, à sept heures du matin, l'hémorrhagie se

reproduit, mais avec moins d'intensité que l'avant-veille; néanmoins, la malade en est très-affaiblie. Pendant le pansement, l'hémorrhagie, qui avait cessé par la compression, se reproduit. La malade éprouve des envies de vomir et une lipothymie. On lui donne, *illicò*, quelques cuillerées d'une potion tonique; un pansement compressif est fait avec rapidité, et les pièces d'appareil sont recouvertes d'une vessie contenant de la glace pilée qu'on laisse pendant plusieurs heures. On reprend les boissons astringentes et le sulfate de quinine, dont la dose est élevée. La journée se passe avec douleur locale et anxiété; pas de sommeil la nuit.

Néanmoins, le 2 décembre, l'hémorrhagie n'a pas lieu. On continue le sulfate de quinine; on accorde quelques aliments.

A partir de cette époque, toute hémorrhagie est supprimée, et la plaie, dont l'aspect était peu favorable, commence à se couvrir de granulations. La suppuration est très-considérable pendant quelques jours; les bourgeons sont un peu pâles et la malade est affaiblie. On répare ses forces au moyen d'une alimentation tonique, et on touche la plaie avec le nitrate d'argent. Bientôt le bourgeonnement devient régulier, la plaie se resserre de plus en plus, et, à l'exception d'une douleur rhumatismale qui se fixe à l'épaule et qui exige l'emploi des calmants locaux, rien ne vient contrarier la guérison, qui est complète vers la fin du mois de décembre. La malade séjourna encore pendant le commencement du mois de janvier 1852, pour se faire traiter d'une kératite ulcéreuse superficielle; elle sortit le 10, parfaitement guérie. Nous avons eu occasion de la revoir à son passage à Montpellier, à la fin du mois de mars dernier; la cicatrice était régulière et les mouvements de la main s'exécutaient avec facilité.

Cette observation confirme non-seulement la valeur des faits précédents, mais elle offre par elle-même un spécimen complet de l'hémorrhagie intermittente des opérés. On y reconnaît, en effet, la périodicité la plus franche de l'hémorrhagie et l'influence évidente du traitement antipériodique. Dans ce cas, point de fièvre concomitante, point de phénomènes prodromiques; les phénomènes fébriles sont entièrement effacés; l'hémorrhagie seule frappe l'attention de l'observateur, et elle se reproduit chaque jour, à la même heure, avec une régularité significative, malgré l'emploi d'un pansement compressif régulier et divers moyens locaux. Ce n'est que lorsque le sulfate de quinine est administré que l'hémorrhagie cesse; si ce médicament est négligé, l'hémorrhagie reparaît. Ce fait emporte donc avec lui une grande valeur démonstrative, et, ajouté à ceux dont nous avions connaissance ou que nous avons pu observer, il affermit nos convictions sur un point où il importait d'autant plus de ne pas prendre de simples coïncidences pour des rapports étiologiques, que des faits de cet ordre n'ont sans doute paru rares et n'ont passé inaperçus au plus grand nombre des chirurgiens, même les plus éminents, qu'à cause d'une observation imparfaite et d'une analyse pathologique insuffisante.

Ces observations, ajoute M. Bouisson, permettent d'ajouter à la série connue des accidents consécutifs des opérations médicales sanglantes une complication spéciale, qu'en raison de son caractère on pourrait désigner sous le nom d'*hémorrhagies intermittentes des opérés*. Cette complication ayant des causes propres, un mode pathologique distinct, le savant chirurgien en trace successivement l'étiologie, le diagnostic, le pronostic et le traitement. L'espace nous permet seulement de publier cette dernière partie. Nous reviendrons d'ailleurs, dans un prochain numéro, sur les idées doctrinales émises dans ce travail.

Le traitement des hémorrhagies périodiques des surfaces traumatiques doit être basé, d'après les considérations et les faits que nous avons présentés, sur la nature de la cause qui tient cet accident sous sa dépendance. Cette cause étant constitutionnelle, le traitement doit être interne et principalement médical. Cette détermination du genre de traitement n'exclut pas, comme on peut le comprendre, l'emploi de tous les moyens qui peuvent faire obtenir la guérison ; et, dans le traitement d'une hémorrhagie, il sera toujours et particulièrement nécessaire de ne pas négliger les moyens locaux, ne fût-ce que pour remédier à l'actualité du mal et neutraliser le danger immédiat qui peut suivre la perte du sang. Mais en décomposant, par l'analyse, les indications qui se rapportent au traitement d'une hémorrhagie intermittente, on est amené à reconnaître que l'indication dominante est celle qui comprend les moyens propres à prévenir la récidive de la perte sanguine et que l'autre est secondaire, c'est-à-dire n'existe qu'autant que la première n'a pas été ou n'a pu être remplie. D'après la première indication, on traite véritablement l'affection ; d'après la seconde, on traite l'accident.

Lorsqu'une hémorrhagie constitutionnelle consécutive a lieu sur une plaie, on doit donc, après avoir reconnu la cause interne qui la produit, la combattre sans retard par une médication générale appropriée à sa nature ; et, s'il s'agit d'une affection intermittente jouant le rôle de cause par rapport à l'hémorrhagie, c'est au quinquina ou à ses préparations qu'il faut avoir recours. On a vu, par les observations de Méjan et de Delpech, que l'extrait de quinquina avait été administré avec succès ; aujourd'hui, c'est le sulfate de quinine qu'il convient d'employer de préférence. Nous n'avons pas à insister sur le mode d'administration et les doses de ce médicament. Son emploi repose sur les mêmes règles que celles qui sont adoptées pour le traitement des fièvres intermittentes. En général, il suffit que le malade consomme de 80 centigrammes à 1 gramme de sulfate de quinine par jour, et que son administration soit prolongée de manière à soutenir l'effet

obtenu par les premières doses. Nous avons vu, par l'exemple de quelques-uns de nos malades, que lorsqu'on négligeait d'administrer le sulfate de quinine, après avoir suspendu la marche périodique de l'hémorrhagie, celle-ci reparaissait le lendemain ou le surlendemain, suivant le type de l'intermittence. L'action du sulfate de quinine s'exerce, dans ce cas, d'après un mode spécifique, sur l'affection intermittente, et prévient le retour de l'hémorrhagie qui lui est associée. Peut-être ce médicament, en raison de son action matérielle sur le sang et les tissus, s'oppose-t-il en même temps et directement à l'hémorrhagie elle-même.

L'administration du sulfate de quinine peut être soutenue par tous les moyens généraux et les médicaments internes dont l'expérience a constaté l'efficacité dans le traitement des hémorrhagies constitutionnelles. Lintermittence n'étant qu'une forme morbide surajoutée à l'hémorrhagie, il importe de déterminer par l'analyse clinique si celle-ci est active ou passive, si elle est influencée par la pléthore ou par un état d'asthénie du sujet, si elle est fluxionnaire et en rapport avec une habitude hémorrhagique antérieure. Tout praticien saura tirer de ces circonstances des indications importantes dont l'exécution exercera une influence favorable sur la guérison. Une hémorrhagie active modère, par sa production même, l'intensité ultérieure de ses causes; si elle est passive, elle exige le concours d'une médication tonique et des moyens locaux établissant une sorte d'opposition matérielle à l'écoulement du sang. Nous avons, dans des cas de ce genre, administré avec avantage le tannin et les médicaments qui en contiennent : tels que le ratanhia, le cachou; on peut aussi recourir au seigle ergoté, dont l'action hémostatique est aujourd'hui généralement admise. On a vu, par la relation de nos observations cliniques, que le régime, les tisanes acidulées, l'emploi des révulsifs, portés sur des points éloignés du lieu de l'hémorrhagie, pouvaient seconder avantageusement l'action du médicament principal et disposer le malade à une guérison plus rapide et plus sûre.

Le traitement local ne doit pas être négligé; il est le seul qui puisse être employé dans les premières hémorrhagies, avant que l'intermittence et les autres causes constitutionnelles aient été appréciées. Alors même que cette détermination diagnostique a été faite, on ne saurait se dispenser d'y recourir; il n'en est pas des hémorrhagies comme de beaucoup d'autres affections, où l'on peut négliger les effets en ne s'adressant qu'à la cause. Ici, l'effet seul entraîne un danger immédiat; et, toutes les fois qu'un malade perd du sang en abondance, il y a péril, et une indication, pour ainsi dire instinctive, naît de l'accident,

Celui-ci doit donc être réprimé dans son actualité aussi énergiquement que le comporte la gravité de la situation où l'hémorrhagie place l'opéré. La compression, les astringents, la glace, le tourniquet, et, si besoin était, la cautérisation ou la ligature du vaisseau principal, sont tout autant de moyens dont le chirurgien doit déterminer l'opportunité dans le traitement d'une hémorrhagie consécutive; mais, dans l'espèce particulière d'hémorrhagie que nous étudions, le traitement local n'a pas une importance aussi durable que dans d'autres espèces. L'intermittence de l'hémorrhagie introduit une condition nouvelle qui est majeure, et qui fait survivre une indication générale à celle de l'hémostasie locale. Un chirurgien qui se bornerait à des moyens dirigés sur le lieu de l'écoulement sanguin n'obtiendrait qu'un succès temporaire, et verrait bientôt sa peine perdue et les jours du malade menacés de nouveau.

Dans des cas de ce genre, il importe de bien établir qu'il y a deux choses à considérer, le traitement de l'affection, le traitement de l'accident. Quand on a négligé le premier, les moyens locaux échouent contre l'hémorrhagie; celle-ci reparaît, en obéissant à l'affection intermittente avec une opiniâtreté que ne peuvent vaincre quelquefois des moyens chirurgicaux méthodiquement employés, et qui échouent d'autant plus facilement que le sang s'écoule en nappe par les capillaires. Le traitement de l'affection est véritablement celui qui atteint le but; il enraye le mal en détruisant sa cause, et, en prévenant le retour de l'hémorrhagie, il rend inutiles les grands moyens chirurgicaux. Sous ce rapport, c'est un moyen préventif des ressources extrêmes de l'art, telles que la cautérisation actuelle ou la ligature du tronc artériel principal du membre.

Le rôle du chirurgien n'est pas entièrement terminé lorsqu'il est parvenu, à l'aide du quinquina et des moyens auxiliaires, à arrêter une hémorrhagie intermittente. Il est rare que le malade qui, à plusieurs reprises, a perdu du sang par la plaie résultant d'une opération, ne soit pas atteint d'un affaiblissement considérable. Les hémorrhagies réitérées diminuent non-seulement la masse absolue du sang, mais font abaisser le chiffre des globules et amènent les symptômes de la chloro-anémie. Il en résulte non-seulement une langueur générale des fonctions, une convalescence laborieuse, mais un retard dans la cicatrisation de la plaie, dont la surface reste pâle et affaissée. La cautérisation de la solution de continuité à l'aide du nitrate d'argent et l'administration interne des martiaux conviennent particulièrement dans ce cas. Nous avons employé avec avantage, parmi les préparations médicamenteuses de cette nature, le vin de quinquina ferrugineux. Cette préparation a le double avantage de soutenir l'action tonique et

fébrifuge du sulfate de quinine, et de régénérer certains matériaux du sang par les éléments qu'elle contient.

Les faits que nous avons réunis dans ce Mémoire nous permettent de conclure :

Qu'il existe, à la suite des opérations, une variété d'hémorrhagie consécutive qui mérite le nom d'hémorrhagie intermittente ou périodique;

Que cette hémorrhagie est sous la dépendance d'une cause interne ou de l'affection qui produit la fièvre intermittente ordinaire;

Que l'hémorrhagie peut être considérée comme la crise de l'accès fébrile et comme se substituant à la période de sueur;

Qu'elle peut exister avec les caractères de l'intermittence, mais sans phénomènes fébriles apparents, comme dans les fièvres dites *larvées ;*

Que le traitement de cette variété d'hémorrhagie doit être principalement médical, et que les préparations de quinquina jouissent d'une incontestable efficacité pour en prévenir le retour.

CHIMIE ET PHARMACIE.

CONSIDÉRATIONS PHARMACOLOGIQUES SUR LE CHLOROFORME.

Par M. BREMON, pharmacien de la marine à Cherbourg.

L'étude si attentive qui se poursuit sur les propriétés diverses du chloroforme me fait un devoir d'appeler l'attention des médecins sur un côté trop négligé de la question. En effet, déjà l'industrie mercantile tend à dénaturer, par ses sophistications, cet agent si justement en vogue, ou bien elle ne le purifie qu'imparfaitement pour le vendre au rabais.

Qu'il me soit permis d'exposer d'abord brièvement les propriétés physiques du chloroforme, pour arriver ensuite à offrir quelques moyens faciles et pratiques d'en apprécier la valeur.

Lorsqu'il est parfaitement pur et rectifié avec soin, le chloroforme est très-limpide, fort mobile, presque comme l'éther hydratique; il réfracte puissamment la lumière, est très-volatil, et jouit d'une odeur spéciale analogue à l'*huile dite des Hollandais*, bien purifiée; comme elle, il jouit d'une saveur sucrée fort agréable, sans âcreté, et ne prenant nullement à la gorge, comme le font beaucoup de préparations chlorées. Quoique très-volatil, il ne produit cependant pas un sentiment de froid bien vif quand on le répand sur sa main; cette action est bien plus prononcée dans l'éther hydratique.

Il entre en ébullition à 45°; cependant je dois faire observer que le mouvement ne se manifeste, quand on le distille dans une cor-

nue de verre, qu'au moment où le bain-marie atteint 60° ; cela tient, sans aucun doute, à la faible conductibilité du verre.

Bien que tous les auteurs semblent préférer pour sa rectification le chlorure calcique, je crois devoir faire observer qu'il retient alors encore une petite quantité d'alcool déphlegmé, qui passe à la rectification, et prédomine surtout dans les derniers produits de la distillation. Aussi je préfère employer l'acide sulfurique concentré (privé d'acide azotique ou sulfureux par son ébullition de quelques minutes), à la dose d'environ un dixième du poids du chloroforme. Il est vrai que cet acide semble lui faire éprouver une certaine décomposition. Il se colore en brun ; mais disons de suite que le produit distillé ne contracte aucune odeur, aucune saveur, qui indiquent une altération réelle d'un agent dont la pureté doit être si absolue, ainsi que nous le dirons plus tard.

Il faut donc alors qu'il y ait, avant la rectification, un corps organique autre que le chloroforme, qui se trouve atteint fortement par l'acide sulfurique, lequel le charbonne légèrement.

Ainsi rectifié, le chloroforme n'est nullement acide, et ne contient aucune trace d'acide sulfureux. Il est inutile d'ajouter, pour les préparateurs, que la distillation avec l'acide sulfurique s'opère au bain-marie, comme avec le chlorure calcique.

A cet état, le chloroforme acquiert une pesanteur spécifique de 1494,50 au moins, et marque 48° à l'aréomètre pour les acides. Je pense qu'il ne doit pas être considéré comme pur et privé d'alcool ou d'eau, s'il ne marque 47°,5 à la température moyenne de 15° centigr.

Ainsi obtenu, il n'est point inflammable, du moins à la lampe à alcool, ou par l'approche d'un corps brûlant avec flamme; mais, jeté sur un brasier, il s'enflamme de suite, brûle en répandant beaucoup de fumée, et donne une flamme d'un très-beau vert.

A 48° de densité, il n'est point décomposé par le potassium *brillant* et *récemment coupé*; ce métal se couvre seulement de quelques bulles, d'hydrogène probablement, tandis que si le chloroforme contient de l'alcool en notable proportion, il peut être altéré par la combustion du potassium, qui, en passant à l'état d'oxyde, le brunit et dégage une vapeur acide, fortement chlorée et très-piquante.

Je ferai même observer qu'il est prudent de ne pas écraser le potassium pour faciliter la réaction et hâter le résultat de l'essai, car il arrive fréquemment une inflammation subite, accompagnée d'une petite détonation qui projette le liquide hors du verre, et peut lancer une petite parcelle de potassium dans l'œil de l'expérimentateur, ce qui causerait alors un effet fort grave, sinon très-dangereux.

J'ai remarqué qu'avec 5 pour 100 d'alcool à 40°, ou 96°,5 alcoo-

métriques, la proportion des bulles n'est pas notablement augmentée ; la réaction n'est pas bien sensiblement plus nette. A 10 pour 100, elle est beaucoup plus forte, et déjà assez remarquable ; la coloration brune ou grisâtre se manifeste réellement, et cela au bout d'un certain temps.

A 12 pour 100, elle est assez vive, et si le mélange s'élève à 15 pour 100, alors la décomposition est rapide ; il y a même inflammation, si la quantité de potassium est assez considérable relativement à celle du chloroforme en essai. C'est alors surtout qu'il y a à craindre de *laminer* le potassium dans le fond du verre avec une tige, et que se produisent la petite détonation et la projection.

Le chloroforme du commerce contient souvent cette proportion de 12 pour 100 d'alcool ; c'est pour ce motif que j'insiste sur la précaution à prendre dans l'essai au potassium.

Avec des quantités élevées, et même avec 20 pour 100 d'alcool, le chloroforme ne s'enflamme pas encore à la bougie lorsqu'on y présente un papier qui en est encore imprégné. Il faut au moins qu'il contienne 1/4 de son poids d'alcool ; alors il brûle avec une flamme verte, et la combustion ne continue même pas, si l'on retire le papier du contact de la flamme ; il faut au moins 30 pour 100 d'alcool pour obtenir ce résultat.

L'essai par ce mode, auquel beaucoup de pharmaciens se bornent pour son admission, est donc sans aucune valeur.

Le chloroforme pur, à la densité de 1494,50 à 15°,6, comme je l'ai indiqué au début, présente une particularité assez remarquable. C'est qu'en effet, si on l'additionne de 1, 2, 3, 4 et même 5 pour 100 de son poids d'alcool à 40° ou 96°,5 centigr., cette addition le rend opalin, il se trouble ; et si l'on vient à porter la dose à 10 pour 100, par exemple, il redevient parfaitement limpide et reprend sa transparence parfaite, qu'il conserve à toujours.

N'est-ce pas là déjà un assez bon moyen d'essayer le chloroforme *destiné surtout à l'inhalation ?*

Additionné de 5 pour 100 d'alcool, même jusqu'à 7 à 8 pour 100, et versé dans un verre d'eau limpide, il conserve la forme hémisphérique d'une manière assez marquée pour que l'on soit au moins dans le doute, et il ne devient pas assez opalescent pour que la conviction de son impureté soit bien formée.

Ces deux caractères ne sont donc que des indices de médiocre valeur et ne suffisent pas pour motiver un rejet définitif.

Le *bichromate potassique* offre sans contredit un assez bon moyen de reconnaître la présence de l'alcool dans le chloroforme, mais pourtant il peut donner lieu à controverse entre deux opérateurs. Je crois

donc devoir ici exposer avec détail mes propres observations, qui, dans deux circonstances, m'ont valu des insinuations peu bienveillantes de la part de deux fournisseurs de la capitale.

A la densité de 1494,50 ou 47°,5, le chloroforme mis en contact avec le bichromate potassique et l'acide sulfurique prend une légère teinte jaune verdâtre. Déjà à 5 pour 100 d'alcool en poids, la réaction est nette, il se forme une *zone vert bleuâtre* assez foncée, qu'un opérateur un peu expérimenté reconnaît de suite ; mais il est assez difficile, pour ne pas dire impossible, d'apprécier à cette réaction quelle peut être la proportion d'alcool d'une manière assez approximative, et cela surtout selon le mode par lequel l'essai a été fait.

Ainsi, si l'on prend une solution aqueuse assez concentrée de bichromate potassique, si l'on y ajoute quelques gouttes d'acide sulfurique seulement, cet acide ainsi très-étendu ne décompose qu'imparfaitement et lentement le bichromate (et il est essentiel que l'acide chromique soit mis en liberté pour que la décomposition ait lieu); alors la réaction peut ne pas se produire, ou du moins se faire attendre jusqu'au lendemain. Voici donc comment j'opère, et l'action est alors presque instantanée.

Je prends environ un milligramme de bichromate en poudre, ou simplement un petit cristal, que je mets dans un tube en verre de 10 à 12 centimètres de long et de 1 1/2 de large au plus. Je verse 4 à 5 gouttes d'acide sulfurique concentré pur, j'agite et délaye avec une tige en verre ; j'ajoute, quand la teinte rouge-rubis est apparue, 3 à 4 gouttes d'eau pour opérer la dissolution de l'acide chromique, puis je verse 3 à 4 centimètres de chloroforme, j'agite vivement environ une trentaine de secondes, et abandonne au repos; bientôt, la riche nuance verte de chlorure de chrome apparaît, si la proportion d'alcool est déjà de 5 pour 100, et se détache à une couche inférieure très-tranchée, tandis que la couche supérieure est à peine colorée en verdâtre très-léger.

Si le chloroforme est pur, la masse est à peine jaune verdâtre, et il n'y a pas séparation sous forme de zone isolée.

Si le chloroforme a été additionné d'éther, les réactions sont identiques; mais, hâtons-nous de dire que cette adultération moins grave, il est vrai, que celle à l'alcool, ne se pratique pas, qu'elle a même bien moins de chance d'être pratiquée, attendu que l'examen au densimètre en ferait de suite justice, comme je vais plus bas le démontrer pour l'alcool.

Le chloroforme peut encore *contenir de l'eau* ; non qu'on l'ait ajoutée à dessein, car elle y est peu miscible directement ; il n'en est pas de même dans la distillation. Outre que ce chloroforme aura une densité assez faible (j'en ai vu descendant au-dessous de 40° au lieu de

48), le potassium viendrait en faire justice de suite; il s'enflammerait, dans ce cas, avec une bien plus grande promptitude, et il resterait assez d'eau pour dissoudre l'alcali formé, ce qui fait alors que la coloration serait bien moindre qu'avec le mélange de l'alcool et que le trouble serait fort minime.

L'essai à *l'albumine* ne me semble pas concluant ; car sa solution étendue, et filtrée pour être aussi transparente que possible, ne se coagule que si la proportion de l'alcool est déjà assez considérable, ou bien si l'on emploie une forte dose de chloroforme par rapport à la quantité de solution albumineuse. Ce moyen m'a toujours paru peu sûr dans les circonstances ci-dessus, et l'albumine normale est déjà opaline, et laisse à désirer dans la réaction que produit avec elle le chloroforme pur, qui ne me semble pas être totalement sans action.

En résumé, tous ces moyens sont plus ou moins bons pour reconnaître la pureté du chloroforme ; mais aucun ne peut permettre de fixer la proportion du mélange. Comme l'alcool est l'élément le plus à redouter, soit parce qu'on peut l'y avoir laissé en négligeant la rectification, soit que frauduleusement on ait pu l'ajouter, j'ai recherché un moyen facile d'en déterminer la quantité, et je crois être assez heureux pour offrir ici un mode prompt, économique et à la portée de tous; il est fondé sur l'examen au densimètre et à l'aréomètre, dit pèse-acide.

Pour cela, j'ai opéré des mélanges en proportions variées et j'ai comparé les différences de densité; je ne crois pouvoir mieux faire que de les présenter sous forme de tableau, qui permettra de saisir de suite ces différences. Il est établi depuis 100 de pureté à 75, ou de 0 alcool à 25 pour 100 de liquide.

DENSITÉ RÉELLE [1].	DEGRÉ correspondant au pèse-acide.	PROPORTION de l'alcool à 40° ou 96°,5 mélangé.	QUANTITÉ pondérale de l'alcool en centièmes	OBSERVATIONS.
1494,50	47°,60	0	0,00	La diminution dans le pesanteur spécifique par chaque centième d'alcool à 40° qui s'y trouve mélangé ou qui n'a pas été enlevé par la rectification, est donc sensiblement de 3,40; d'où il résulte que le chloroforme mêlé à 10 pour 100 d'alcool perd 34 au densimètre, à 20 pour 100 de mélange 68; aussi la densité étant déterminée à l'aréomètre à pesanteur spécifique, pour connaître le dosage du mélange, il faut diviser par 3,40 la différence trouvée. Avec la proportion inscrite à la fin du tableau, la réaction du potassium est très-nette.
1490,85	47°,38	1	0,50	
1487,45	47°,16	2	1,00	
1484,50	46°,94	3	1,50	
1477,25	46°,47	5	2,50	
1460,25	45°,40	10	5,00	
1426,25	43°,00	20	10,00	
1409,00	41°,82	25	12,50	

(1) Dans l'établissement de ce tableau, je n'ai pas voulu recourir au chloroforme absolument pur et privé d'eau, mais bien au produit tel que le

Le mélange de l'eau au chloroforme est bien plus difficile et ne saurait s'effectuer en proportion bien notable, sans qu'il y ait trouble de ce liquide, puis séparation en deux couches ; dans ce cas, il suffirait de prendre une goutte ou deux de la couche supérieure, de la mettre dans un verre et d'y jeter un petit fragment de potassium. A l'instant l'inflammation aurait lieu, sans cette odeur bien nette que donne le chloroforme et sans qu'il se produisît cette coloration brune, qui se manifeste avec le chloroforme alcoolisé.

Pour compléter cette note, je crois devoir indiquer, pour mes honorables confrères qui tiendraient à préparer eux-mêmes ce produit, les doses qui m'ont le mieux réussi pour sa préparation un peu en grand. Je n'insisterai pas sur les détails de température et de fractionnement des doses successives, attendu qu'ils leur seraient inutiles ; les ouvrages spéciaux rappellent, du reste, les précautions à prendre, soit relativement à la capacité au moins quadruple de la totalité des mélanges que doit avoir l'appareil distillatoire, pour n'avoir pas à craindre de voir le mélange passer dans le récipient ; l'attention à apporter à la conduite de la chaleur, soit en recommandant la recohobation des eaux mères, à bien dire, du chloroforme.

Il est un point sur lequel je crois devoir insister, c'est de bien déterminer à l'avance le titre de l'hypochlorite calcique, afin de ramener à 9° chlorom. les doses à employer. Il est essentiel de le délayer avec le plus grand soin pour que la réaction soit complète et presque instantanée. Le délitage de la chaux doit être aussi fait avec soin, et l'on doit éviter, autant que possible, de mettre le dépôt de sable ou de matières étrangères qu'il contient, qui sont inutiles et qui peuvent même n'être pas sans influence sur la réaction, et, par leur accumulation, déterminer, dans le dernier mélange, des soubresauts et le passage subit du liquide générateur dans le réfrigérant et le récipient.

En fractionnant en 5 doses les quantités qui suivent, j'ai obtenu au moins 4 kil. 700 gram. de chloroforme à 48° environ.

Hypochlorite calcique à 90° chlorométriques...	100 kil.
Chaux vive blanche......................	18
Alcool à 86°............................	12
Carbonate sodique cristallisé................	0,300
Acide sulfurique à 66°, préalablement porté à l'ébullition pendant quelques minutes.........	1

commerce doit le livrer et tel qu'on l'obtient après les diverses opérations que nécessite sa préparation; car sa densité atteint un chiffre plus élevé. Je ne suis pas arrivé à 1496, comme l'indiquent plusieurs auteurs; je crois que, pour obtenir ce chiffre, on a dû le ramener à une température inférieure à la température moyenne, que j'ai prise comme point de départ.

Le chloroforme provenant de la réaction qui passe à la première distillation ne marque, après le traitement par le carbonate sodique, que 18° à 20° du pèse-acide.

Il faut le laver avec soin à deux ou trois reprises avec le double de son volume d'eau, le laisser bien déposer et le décanter ensuite au moyen d'un flacon à robinet, puis procéder à sa rectification au moyen de l'acide sulfurique, environ un dixième de son volume ci-dessus indiqué, ou, si l'on préfère, du chlorure calcique.

En opérant au bain-marie, il n'y a nullement à craindre qu'il ne passe la plus légère trace d'acide sulfurique.

Le chlorure de calcium ne retient pas toujours complétement l'alcool ; il exige que l'on fasse une macération, jusqu'au lendemain, avant de procéder à la rectification ; il ne me semble présenter aucune garantie de plus pour la pureté du chloroforme, et il est moins économique et surtout moins facile à se procurer.

En insistant sur les moyens de constater la présence de l'alcool et de l'isoler complétement, j'ai eu surtout pour but d'appeler l'attention des chirurgiens sur les inconvénients du chloroforme alcoolique auquel il faut, à mon avis, attribuer l'anesthésie incomplète qu'ils ont pu parfois observer, et les accidents nerveux, qui non-seulement les gênent dans leurs opérations, mais peuvent parfois en compromettre le succès.

OBSERVATIONS SUR LE CITRATE DE MAGNÉSIE.

M. Loychelin-Caillet, dans une note qu'il a insérée dans le Répertoire de Pharmacie, cherche à prouver que l'espèce de discrédit dont le citrate de magnésie semble frappé doit être attribué à ce qu'il est généralement mal préparé. Son accusation contre tous les pharmaciens est appuyée, dit-il, sur de nombreuses expériences.

Si M. Loychelin n'attaquait dans sa note que les formules qui ont été publiées, nous nous serions contenté de reproduire sa formule, et de laisser à chacun la liberté de chercher en quoi elle diffère de celle de M. Rogé ; mais comme il soulève, en même temps, une question extrêmement importante au point de vue de la thérapeutique, nous croyons qu'il est de notre devoir de prier nos lecteurs de nous permettre d'exposer textuellement la partie la plus essentielle de cette note, afin de n'en point altérer le sens, puis de discuter la formule qu'il propose.

Cette étude nous paraît nécessaire, indispensable, parce que les faits qui sont avancés par M. Loychelin sont assez difficiles à comprendre. S'ils étaient vrais, il faudrait repousser toutes les modifica-

tions, tous les changements que l'on propose aux formules publiées ; il faudrait aussi modifier la manière dont nous envisageons la constitution moléculaire des corps, et admettre que les composés chimiques solubles peuvent avoir, comme les composés insolubles, des propriétés physiques et chimiques et une composition différentes, suivant qu'ils sont préparés en versant, par exemple, la base dans l'acide ou l'acide dans la base, etc.

« Depuis six ans, dit M. Loychelin, M. Rogé-Delebarre nous a fait connaître sa découverte et nous a donné ses formules. Chacun s'est mis à la besogne ; de là cette quantité innombrable de formules qui toutes tendaient bien plus à confectionner extemporanément et commodément ce produit qu'à lui conserver ses propriétés purgatives. Qu'en est-il résulté ? C'est que la question a rétrogradé ; c'est que les limonades purgatives à base de citrate de magnésie (procédé Rogé) purgeaient, c'est que toutes celles que j'ai préparées ainsi purgeaient ; tandis que les diverses solutions faites d'une tout autre manière ne purgeaient pas ou le faisaient d'une manière incomplète. Voilà la question. Je défie qui que ce soit de nier cette vérité, car toutes les fois que j'ai livré à des clients de la limonade faite par simple solution, ils se sont vus dans la nécessité de prendre un autre purgatif. »

Si le magnésium avait plusieurs états allotropiques, s'il pouvait conserver ces états dans ses combinaisons solubles avec les acides, on pourrait admettre que le magnésium qui se trouve dans la magnésie calcinée et dans la magnésie anglaise est à un état allotropique différent de celui qui se trouve dans le carbonate nouvellement préparé ; qu'il est moins purgatif, et que c'est à l'emploi du carbonate nouvellement préparé que la limonade de M. Loychelin doit sa plus grande activité ; mais, comme M. Loychelin n'emploie en réalité qu'une petite quantité de carbonate nouvellement précipité, et comme il est difficile de supposer que ce carbonate, qui est finalement transformé en citrate ordinaire, puisse exalter les propriétés purgatives du citrate de magnésie, nous devons chercher ailleurs la cause de l'efficacité de sa limonade.

Nous savons que le citrate de magnésie est moins actif que le sulfate, et qu'il est nécessaire, pour obtenir une purgation convenable, de doser ce purgatif de manière qu'il contienne 1 gramme 80 centigrammes de magnésie de plus que le sulfate que l'on administrerait, si l'on employait ce sel. Nous savons aussi que les pharmaciens préparent ordinairement ces limonades avec 16 grammes de carbonate de magnésie, qui renferment 7 grammes 16 centigrammes de magnésie, près de 7,20, que contiennent 40 grammes de sulfate, et quelquefois

avec 20 grammes de carbonate de magnésie, qui renferment 8 grammes 95 centigrammes de magnésie, près de 9 grammes, que contiennent 50 grammes de sulfate.

Ceci posé, transcrivons la formule de M. Loychelin.

Pr. Acide citrique.......... 2,950 grammes.

Faites dissoudre à froid dans :

Eau de pluie........... Q. S.

Ajoutez :

Magnésie calcinée......... 495 grammes.

Opérez la dissolution à froid, et ajoutez :

Sirop simple............ 4 kilogrammes.

Alcoolat de zestes de citron. 60 grammes.

Filtrez et ajoutez de l'eau de pluie filtrée pour obtenir douze litres de liquide parfaitement limpide. Mettez un double décilitre de cette solution dans chaque bouteille, puis :

Pr. Sulfate de magnésie................ 1,080 grammes.

Carbonate de soude............... 1,200 grammes.

Faites dissoudre séparément ces deux sels dans une suffisante quantité d'eau ; filtrez les solutions ; réunissez-les dans une capsule de porcelaine ; portez le tout à l'ébullition ; lavez le précipité magnésien à grande eau, et mettez-le dans le réservoir d'une machine à eau gazeuse; ajoutez 30 litres d'eau et chargez d'acide carbonique à dix atmosphères ; laissez en contact pendant trente-six heures, en remuant de temps en temps l'agitateur, pour opérer la dissolution de la magnésie, et remplissez vos bouteilles avec cette eau magnésienne. Cette formule est pour 60 bouteilles.

Cherchons actuellement la composition d'une bouteille de limonade, afin de la comparer avec une limonade ordinaire. Les calculs sont faciles à faire ; ils donnent les nombres suivants :

Acide citrique............ 49 grammes 16 centigrammes.
Magnésie calcinée......... 8 grammes 25 centigrammes.
Sirop.................. 66 grammes 66 centigrammes.

Plus :

Magnésie pour être transformée en bi-carbonate..... 3 grammes.

C'est donc en réalité avec 49 grammes 16 centigrammes d'acide citrique, et 11 grammes 25 centigrammes de magnésie, que M. Loychelin prépare sa limonade; ou bien, chaque bouteille de cette limonade est composée avec la magnésie qui est contenue dans 62 grammes 50 centigrammes de sulfate de magnésie.

Cette discussion très-simple nous permet d'affirmer qu'il n'est pas

nécessaire, pour expliquer l'action de la limonade de M. Loychelin, de poser en principe qu'un sel purgatif soluble a des propriétés plus ou moins actives suivant qu'il a été préparé par tel ou tel procédé, puisqu'elle renferme la magnésie qui est contenue dans 62 grammes 50 centigrammes de sulfate, tandis que les limonades des pharmaciens qui se conforment aux prescriptions ne contiennent que la magnésie de 40 ou 50 grammes de sulfate; et que la question soulevée par M. Loychelin, qui paraissait très-importante au point de vue de la thérapeutique, devient simplement une question de quantité.

DESCHAMPS.

CORRESPONDANCE MÉDICALE.

NOTE ET OBSERVATION SUR UN CAS DE SPINA-BIFIDA GUÉRI PAR DES INJECTIONS IODÉES MULTIPLIÉES.

La lecture de l'observation de spina-bifida insérée par M. Chassaignac dans la livraison du 30 juillet dernier (tome XLV, page 65), m'ayant vivement intéressé, je n'ai pas cru devoir attendre davantage pour publier un fait analogue que j'ai observé dans le service du professeur Velpeau, auquel j'étais attaché comme élève interne. M. Debout y a fait allusion, du reste, à la Société de chirurgie, et en a annoncé la prochaine publication.

Les faits de spina-bifida sont loin d'être rares, car ils occupent un degré assez élevé de l'échelle de fréquence parmi les vices de conformation qui se rencontrent à la naissance. D'un autre côté, comme cette affection présente un haut degré de gravité, on a cherché dès longtemps déjà à en obtenir la guérison par des méthodes chirurgicales variées; mais, il faut le dire, le peu de succès qu'on a obtenu, et les graves accidents qui ont été la suite des opérations pratiquées, avaient dégoûté ou effrayé les chirurgiens; de sorte que les malheureux enfants venus au monde avec ce vice de conformation étaient voués à une mort presque certaine. Voici, en effet, le jugement que M. Malgaigne portait à cet égard dans le Journal de chirurgie (février 1845): « Si l'isolement de la tumeur est bien constaté, l'excision est le procédé le plus simple; si la communication persiste, le plus sage est de s'abstenir. » Ce jugement est-il définitif, ou peut-on espérer au contraire de réussir par quelque nouvelle méthode? Le fait publié par M. Chassaignac et celui qui va suivre y répondront.

Il est de toute évidence qu'au point de vue thérapeutique, il faut

mettre de côté un certain nombre de cas de spina-bifida, dans lesquels le vice de conformation est porté à un degré tel, et présente des complications si graves, que la chirurgie ne peut rationnellement rien tenter ; mais il est une autre catégorie de cas que je crois plus nombreux, dans laquelle il est de son devoir de déployer toutes ses ressources.

Je n'entrerai pas dans des détails sur les résultats obtenus par les diverses méthodes successivement préconisées par les chirurgiens ; plusieurs comptent des succès, toutes comptent des revers, et j'arrive de suite aux résultats importants qui découlent de l'action de la teinture d'iode dans les deux faits qui sont sous mes yeux. Une seule chose me surprend, c'est que depuis le remarquable travail du professeur Velpeau sur les cavités closes, on n'ait pas essayé plus souvent de pousser des injections iodées dans des cas du genre de ceux qui nous occupent. Les occasions n'ont sans doute pas manqué, mais on a craint des accidents graves. C'est à tort, selon moi; car, si l'on a présents à l'esprit les principes posés par le savant professeur, on sait que la teinture d'iode ne porte ses effets que sur les points qu'elle touche immédiatement. On sait, en outre, que l'inflammation qu'elle développe est toujours adhésive, jamais suppurative; aussi l'illustre chirurgien de la Charité n'a-t-il pas craint de pousser la teinture d'iode dans la cavité vaginale d'hydrocèles congénitales. De là au spina-bifida, il n'y avait qu'un pas ; car il est de toute évidence que ces deux affections ont une grande analogie. Les craintes de péritonite n'étaient-elles pas aussi redoutables que celles de méningite spinale ?

Parmi les cas curables de spina-bifida, il est important de faire deux groupes : dans l'un, la tumeur ou le kyste placé le long de la colonne vertébrale est isolé et n'a pas de communication avec la cavité rachidienne ; dans l'autre, cette communication existe.

Quant au premier groupe, il paraît évident, d'après les recherches des professeurs Velpeau et Malgaigne, que ces kystes ont eu une communication directe avec la cavité arachnoïdienne à une époque plus ou moins rapprochée de la conception, puisque, par suite du développement des lames vertébrales, cette communication s'est peu à peu oblitérée, et la tumeur s'est trouvée complétement libre. On le voit, cette ingénieuse explication fait comprendre d'une manière très-satisfaisante comment des tumeurs qui étaient primitivement des spina-bifida, sont devenues des kystes séreux, purs et simples. Dans ces cas-là, la conduite thérapeutique est toute tracée, et quand l'isolement de la tumeur sera bien constaté, aucun praticien n'hésitera à employer l'injection iodée, car cela rentre tout à fait dans la pratique journalière.

Mais, quand on se trouve en présence d'un cas qui appartient au second groupe, le courage n'est plus aussi grand, et les objections ne manquent pas de se présenter. Le fait de M. Chassaignac rentre, à n'en pas douter, dans cette catégorie ; on a vu l'heureux succès obtenu par lui avec une seule injection iodée. Dans celui que nous publions, on a pu pendant assez longtemps rester dans le doute, et même penser que la communication était oblitérée ; mais dans le cours du traitement, à deux ou trois reprises, la tumeur s'est vidée spontanément par la piqûre du trocart, et remplie avec une telle rapidité qu'il n'a plus été possible de douter de l'existence d'une communication avec la cavité arachnoïdienne (1); seulement il est certain qu'elle était d'un calibre très-étroit, car les lames vertébrales ne nous ont présenté, après l'affaissement complet de la tumeur, aucun écartement sensible.

Ce fait est tout à fait comparable à celui de M. Chassaignac, car dans tous deux le traitement a été couronné de succès à l'aide du même moyen ; seulement, je ne sais pourquoi dans l'un une seule injection a suffi pour obtenir ce résultat, tandis que dans l'autre il en a fallu six. Certes, cette circonstance devra être de nature à ébranler la conviction des praticiens qui redoutent encore les effets des injections iodées; mais à supposer que le traitement n'eût pas réussi à guérir l'enfant, tout au moins ne pourrait-on pas se refuser à reconnaître la parfaite *innocuité* de la teinture d'iode. A elle seule, cette conclusion aurait déjà une immense importance, car elle ferme la bouche aux objections nombreuses qui portent sur les dangers de cette méthode ; mais, comme de plus la guérison complète peut s'ensuivre, je pense qu'il y en a là assez pour encourager les chirurgiens à ne pas laisser dans l'abandon de malheureux enfants qu'on peut espérer, ou tout au moins tenter de guérir par un moyen thérapeutique facile à employer, et qui est loin d'offrir les dangers dont on l'a accusé.

Obs. *Spina-bifida. — Six injections iodées. — Guérison.* — Eugénie Auvray, âgée de quatre mois, entre, le 24 janvier 1851, dans le service de M. le professeur Velpeau, salle Sainte-Catherine, nº 16, à l'hôpital de la Charité. Cette enfant est née de parents bien portants, n'ayant aucun vice de conformation; sa mère, âgée de vingt-sept ans, a eu un autre enfant qui est fort bien constitué. Elle a toujours habité Paris et vit dans de bonnes conditions hygiéniques; jamais, dans sa famille, il n'y a eu d'enfant présentant une affection semblable. La grossesse a suivi un cours parfaitement régulier; la mère n'a éprouvé aucune émotion morale vive, n'a fait aucune chute; les mouvements du fœtus se sont fait sentir à quatre

(1) Le liquide qui se reproduisait si promptement avait tous les caractères du liquide céphalo-rachidien, soit physiques, soit chimiques, en particulier l'absence presque complète d'albumine.

mois et demi, comme dans la grossesse précédente. A la naissance, on s'est aperçu que l'enfant portait une tumeur qui offrait le même volume et les mêmes caractères qu'elle présente aujourd'hui. Elle n'éprouvait aucun changement pendant les cris et les mouvements de l'enfant; il n'y a jamais eu de signes de paraplégie. La santé de l'enfant était excellente, elle ne paraissait nullement souffrir de ce vice de conformation; les selles et les urines étaient régulières, l'enfant a de suite pris le sein et s'est nourrie très-naturellement; elle n'a pas été plus maussade ni plus difficile à élever qu'un autre enfant. Elle a été vue par plusieurs chirurgiens, qui n'ont pas paru en général disposés à lui faire grand' chose; l'un d'eux se proposait, à ce qu'il paraît, de faire une incision sur la tumeur.

A son entrée à l'hôpital, nous trouvons l'enfant ayant une assez bonne apparence, quoiqu'un peu pâle; les chairs sont fermes, et les fonctions se font régulièrement; le sommeil est bon, les sens sont bien développés; les selles sont régulières ainsi que les urines. L'enfant est allaitée par sa mère; les membres sont bien développés; on ne remarque dans les inférieurs aucune faiblesse ni de mouvement ni de sensibilité. La dentition marche régulièrement; la conformation est partout normale, sauf dans le point où existe la tumeur.

A la région lombo-sacrée, il existe une tumeur saillante, ellipsoïde, placée sur la ligne médiane, ayant son grand diamètre oblique de bas en haut et de gauche à droite; son bord inférieur est éloigné de 5 centimètres de la pointe du coccyx. Elle est longue de 7 centimètres, large de 5; son périmètre est de 17 centimètres : sa forme est régulière et ne présente aucune bosselure. Elle se continue avec les tissus de la région qu'elle occupe au moyen d'un pédicule de 13 centimètres de circonférence. L'enveloppe de la tumeur n'est pas la même partout; elle est formée par la peau continue avec celle de la région au niveau du pédicule, d'une manière évidente; mais, arrivée vers la moitié de la hauteur de la tumeur, cette peau semble se terminer par un bord inégal, frangé; jusque-là elle a une couleur jaune terne; puis, à partir de ce point jusque vers le sommet, qui est en forme de calotte, elle présente une minceur excessive, comme si elle était réduite à son épiderme; en même temps on y distingue des vaisseaux dans son épaisseur; le bord frangé a l'aspect d'une cicatrice.

En plaçant une bougie derrière la tumeur, on constate dans tous les points une transparence rosée parfaite. La respiration, les efforts violents, les cris de l'enfant ne déterminent aucun mouvement appréciable dans le volume de la tumeur ni dans sa coloration. Par le palper on constate une fluctuation très-manifeste, les parois sont très-distendues : la pression ne détermine aucune douleur, aucune faiblesse des jambes, et ne fait nullement diminuer la tumeur; on la fait osciller du reste très-facilement sur son pédicule. Celui-ci étant saisi entre les doigts est assez dur, mais on ne peut pas savoir exactement quelles sont ses connexions avec les parties profondes; ce qu'il y a de certain, c'est qu'on peut l'ébranler avec assez de facilité et qu'il n'y a d'obstacle à ce mouvement que la tension de la peau des parties voisines; le mouvement peut se faire dans tous les sens. En examinant la colonne vertébrale, on constate que la série des apophyses épineuses existe partout régulière, en dessus et en dessous du pédicule de la tumeur; aucun écartement nulle part, aucune déviation du rachis; la poitrine est bien conformée.

Le 27 janvier, au moyen d'un trocart à hydrocèle, M. Velpeau ponctionne la tumeur en bas et un peu à droite, dans un point où elle était recouverte par la peau : il s'en écoule 45 grammes d'un liquide aqueux, parfaitement limpide, sans viscosité, incolore, ayant une parfaite analogie avec le liquide céphalo-rachidien et donnant à peine des traces d'albumine par l'acide nitrique et l'ébullition (Quévenne). Une *injection* d'un mélange d'un tiers de teinture d'iode pour deux tiers a été poussée dans la poche et laissée en contact avec ses parois pendant une demi-minute; une faible portion du liquide a été laissée dans la cavité. La tumeur s'est affaissée sur elle-même, de manière à présenter assez exactement la forme de l'oreille d'un enfant; on s'est assuré aisément qu'il n'y avait pas d'écartement appréciable des lames des vertèbres au niveau du pédicule de la tumeur. Ainsi aplatie, on l'a garnie de boulettes de charpie et maintenu le tout au moyen d'un petit bandage de corps. Pendant l'opération, l'enfant a poussé des cris violents, a agité convulsivement les membres inférieurs; mais, de retour à son lit, elle a pris le sein et s'est promptement endormie.

28. Cris fréquents hier dans la journée, nuit assez calme; ce matin, face pâle, fatiguée; il y a de la fièvre, de l'assoupissement. Respiration facile, pas de frissons. La petite malade a continué à bien téter; pas de vomissements, ni de diarrhée, ni de convulsions. La tumeur, très-douloureuse au toucher, présente au sommet une teinte violette un peu plus foncée; elle est molle, remplie aux deux tiers; le pédicule n'a pas changé de couleur.

29. Hier au soir, apparition de plusieurs frissons, redoublement de la fièvre, nuit agitée, cris continuels; la tumeur est très-tendue, rouge violacée, luisante, douloureuse; la peau qui entoure son pédicule est rouge et très-chaude; l'enfant continue à bien téter. *Eau blanche sur la tumeur.*

30. Tumeur fortement gonflée, luisante; le moindre toucher y provoque de vives douleurs que l'enfant accuse en agitant ses membres inférieurs, et en poussant des cris. Le sommet de la tumeur est parsemé de petites pellicules blanchâtres à reflet argenté; son pédicule et la peau qui l'entoure ont perdu la rougeur et la chaleur dont ils étaient le siége; pas de sommeil, appétit, abattement moindre.

31. La tension de la tumeur est moindre, son enveloppe commence à se plisser, l'enfant est assez gaie.

1er Février. Au dire de la mère, la tumeur s'est complétement vidée pendant la nuit par le trou fait par le trocart; ce matin, elle est remplie de nouveau, tendue, luisante, et par le petit orifice on voit s'écouler quelques gouttes de liquide transparent.

9. La tumeur n'a pas changé d'aspect, seulement elle est peu douloureuse à la pression; l'état général de l'enfant est très-satisfaisant.

14. M. Velpeau pratique ce matin une nouvelle ponction près de la base de la tumeur, il en retire 46 grammes de liquide aqueux, limpide, contenant à peine des traces d'albumine (Quévenne). *Une injection* contenant une partie de teinture d'iode pour deux parties d'eau est poussée par la canule.

15. Agitation assez vive pendant la journée et la nuit; la tumeur s'est gonflée rapidement; par la piqûre on voit s'écouler une gouttelette de liquide limpide. Depuis ce matin quelques boutons de varicelle se sont déve-

loppés sur la face, le tronc et les membres, sans autres accidents particuliers. P. 160.

20. La tumeur est restée tendue, rouge, douloureuse, jusqu'à ce matin; nous la trouvons très-molle, flétrie, plissée; il paraît qu'elle s'est vidée en grande partie dans la journée d'hier; en la comprimant on fait sortir par la piqûre un peu de liquide transparent. L'état général est bon.

21. Journée d'hier très-mauvaise, fréquents vomissements de mucosités blanchâtres et filantes, l'enfant a peu tété; à chaque gorgée de lait qu'elle avale, elle quitte le mamelon pour pleurer et s'agiter. La face est pâle et abattue, il y a de l'assoupissement. La tumeur s'est vidée hier pendant la journée, mais elle se remplissait à mesure; ce matin elle est dure et douloureuse, un peu réductible: il y a quelques légers mouvements convulsifs dans les mains; les membres inférieurs, qui jusqu'à présent avaient bien soutenu l'enfant, refusent de la porter, et lorsqu'on essaye de la mettre debout, elle pousse des cris jusqu'à ce qu'on lui donne une autre position.

22. Les pupilles sont très-dilatées; les vomissements ont continué, mais l'enfant a mieux tété: la tumeur est très-tendue, mais moins douloureuse.

1er Mars. Les accidents se sont calmés peu à peu; ce matin la tumeur est molle, plissée, comme flétrie quand l'enfant est couchée; mais, en la levant, la tumeur se gonfle, devient rosée et douloureuse, dans la position verticale la fontanelle antérieure est déprimée, et si on comprime la tumeur, on sent cette fontanelle se soulever légèrement au bout de quelques instants. Les jambes sont toujours faibles.

1er Avril. Pendant le mois de mars la tumeur a repris ses caractères primitifs, l'état général de l'enfant est à peu près le même. M. Velpeau pratique une troisième ponction qui donne issue à 40 grammes de liquide transparent comme les précédents. Une injection *de teinture d'iode pure* est aussitôt pratiquée: un élève, ayant le doigt sur la fontanelle, a cru la sentir se soulever au moment de l'injection.

2. La tumeur a repris son volume assez rapidement, elle est rosée, assez molle, un peu ridée; l'appétit et le sommeil sont assez bons; l'enfant est gaie.

5. Hier, vers le soir, l'enfant a été prise de vomissements de matières blanchâtres qui n'ont cessé que ce matin; la tumeur est très-tendue, violacée, douloureuse et très-rouge au niveau de la piqûre; perte d'appétit, pas de sommeil, pas de convulsions.

6. Tumeur à demi-flétrie, violacée, la diarrhée observée hier persiste; retour de la gaieté et de l'appétit.

7. Les vomissements ont reparu, la tumeur est de nouveau fortement gonflée, très-douloureuse et d'une couleur violette très-foncée; pas de sommeil, cris.

20. Tumeur un peu plissée, assez molle, peu douloureuse; état général satisfaisant.

26. Les parois de la tumeur se sont épaissies, elles sont maintenant comme infiltrées et en quelque sorte lardacées; il n'y a plus de transparence, et la tumeur est de couleur blanchâtre comme la peau.

27. Quatrième ponction donnant issue à 30 grammes d'un liquide analogue aux précédents, seulement un peu plus citrin. *Injection de teinture d'iode pure.*

5 Juillet. L'opération n'a été suivie d'aucun accident, la tumeur a un

peu diminué de volume ; elle est blanchâtre, à peine douloureuse. La santé générale de l'enfant est assez bonne, sa mère veut sortir.

20 Novembre. Depuis quelques jours, Eugénie Auvray est rentrée dans le service : le volume et l'aspect de la tumeur n'ont pas changé depuis sa sortie, l'épaississement considérable de ses parois, l'absence de douleur à la pression sont les seuls points à noter. M. Velpeau ponctionne pour la cinquième fois la tumeur, d'où s'écoulent 25 grammes d'un liquide fortement coloré en rouge brun, inodore. L'injection se compose de 30 grammes de teinture d'iode et de 2 grammes d'iodure de potassium. M. Robin a trouvé dans le liquide, à l'aide du microscope, une quantité considérable de globules de forme un peu irrégulière, mais ayant tous les caractères des globules sanguins déformés.

8 Décembre. L'opération n'a été suivie d'aucun accident ; la tumeur est maintenant blanchâtre, non douloureuse au toucher, à parois mollasses, et se laissant aisément affaisser ; son volume est notablement moindre. L'état général est bon et la petite malade sort de nouveau du service.

10 Janvier 1852. Elle rentre à l'hôpital ce matin. L'état général est bon, depuis deux mois l'enfant se soutient sur ses jambes et marche en poussant une chaise devant elle. L'appétit est bon ainsi que le sommeil, le caractère toujours gai, toutes les fonctions s'exécutent normalement. La tumeur a diminué à peu près de la moitié de son volume primitif, elle est molle et flasque, très-mobile sur son pédicule et non douloureuse à la pression ; sa couleur est d'un blanc grisâtre et sa surface ridée d'une manière notable, ses parois très-épaissies ont une consistance lardacée.

12. Une sixième ponction, pratiquée par M. Velpeau, donne issue à 15 grammes d'un liquide citrin contenant de petits débris d'un jaune un peu roussâtre paraissant être de fausses membranes. Une injection de teinture d'iode pure est poussée dans la tumeur. La petite malade crie et s'agite de tous ses membres comme les autres fois. Les suites immédiates de l'opération ne présentent rien à noter.

15. Depuis l'opération, il y a une constipation opiniâtre, de la fièvre, de l'insomnie, des pleurs, de l'anorexie, une soif ardente, mais pas de vomissements. La tumeur est très-tendue, a repris son volume primitif, d'un rouge vif, chaude et douloureuse. Dans sa partie saillante, on voit une phlyctène large comme une pièce de vingt sous, faisant un relief assez notable et d'un jaune grisâtre.

16. La malade est mieux, a repris sa gaieté, la soif est même assez vive. La tumeur est moins rouge, la phlyctène s'est crevée dans la nuit, l'épiderme est flétri à son niveau et renferme encore un peu de liquide jaunâtre légèrement trouble.

26. Etat général satisfaisant, la tumeur conserve son volume, l'inflammation y a disparu à peu près entièrement; mais le lieu occupé par la phlyctène présente une coloration grisâtre avec une saillie assez notable.

18 Février. L'enfant est bien, mais la tumeur conserve son volume.

Le 25 avril, elle quitte définitivement le service. A la place de la tumeur, on ne trouve plus qu'une petite masse de téguments ratatinés, formant encore une certaine saillie, mais ne renfermant aucune trace de liquide.

PIACHAUD, D.-M,
à Genève.

BIBLIOGRAPHIE.

Traité de thérapeutique des maladies articulaires, par A. Bonnet, professeur de clinique chirurgicale à l'École de médecine de Lyon, etc.

Sans parler des conditions favorables où l'auteur de ce livre est placé, de la riche collection de faits qui, sur un théâtre aussi vaste que l'hôpital de Lyon, ont dû se dérouler sous ses yeux, et du rare talent d'observation qui le distingue, il est un point qui seul suffirait à faire de l'ouvrage que nous annonçons l'objet du plus vif intérêt ; c'est que depuis une longue série d'années M. Bonnet poursuit, avec une émulation des plus louables, avec la plus infatigable persévérance, des études toutes spéciales sur la pathologie articulaire, et qu'à ce titre son œuvre mérite d'être accueillie avec cette faveur qui s'attache à des recherches consciencieuses et mûries par de sérieuses méditations.

Dès 1840, le savant chirurgien de Lyon faisait paraître un remarquable Mémoire où se trouve développée l'idée mère qui contient en germe les divers travaux qu'il a publiés depuis et dont ceux-ci sont, en quelque sorte, la déduction : « De la meilleure position des membres dans les maladies articulaires, considérée sous le rapport de leurs causes, de leurs effets et de leurs applications thérapeutiques. » Cinq ans plus tard, il présentait à l'Académie des sciences, sur cette même branche de la pathologie, un traité qui fut honoré du suffrage de cette illustre compagnie ; on se rappelle qu'à cette époque plusieurs fragments en ont paru dans le *Bulletin de Thérapeutique*. Ce n'est donc pas, on le voit, choses nouvelles pour les praticiens en général, qui suivent le mouvement de la science contemporaine, et en particulier pour les lecteurs assidus du *Bulletin*, que les principes généraux soutenus par M. Bonnet, et les méthodes curatives qu'il s'efforce de faire prévaloir.

Il peut, avec juste raison, supposer connues, comme il le dit, toutes ces notions élémentaires, qu'il a précédemment développées ; aussi, sans embarrasser sa marche d'inutiles redites sur l'étiologie, le diagnostic, l'anatomie pathologique, arrive-t-il d'emblée aux enseignements que recherchent les praticiens, et consacre-t-il exclusivement son œuvre nouvelle aux questions de thérapeutique. Par cette division inusitée du sujet, l'auteur offre aux nombreux confrères qui possèdent son Traité des maladies articulaires, un volume complémentaire qui, sans grands frais, forme une seconde édition de son premier ouvrage, en même temps

qu'il constitue un traité complet pour ceux des médecins qui prisent exclusivement les recherches qui se déduisent en applications pratiques. Cet exemple offert par M. Bonnet est peu dangereux ; peu d'auteurs sont assez riches de choses nouvelles pour avoir à se ménager ainsi le moyen de donner de plus larges développements pour cette partie de la science dont nous nous appliquons à propager les principes.

L'une des pensées dominantes de ce nouveau travail est l'alliance intime de la physiologie et de la thérapeutique. Médecin d'abord, M. Bonnet montre que pour être devenu un chirurgien habile, il n'en a pas moins gardé fidèle souvenir de la voie dans laquelle il exerça ses premiers pas. Esprit généralisateur, il sort du cercle étroit où se tiennent trop souvent resserrées et comme parquées les idées de notre époque ; il s'élève à des vues plus hautes, et ne sépare point arbitrairement la matière médicale et la médecine opératoire de la régularisation des actes physiologiques. S'il étudie dans leurs siéges distincts les diverses lésions morbides qui sont du ressort de son sujet, il sait, tout en appréciant ce qu'elles ont de spécial, saisir en même temps les rapports de connexion de ces mêmes lésions avec l'organisme entier. De là, l'importance que M. Bonnet accorde aux médications qui relèvent la vitalité affaiblie, comme la médication hydrothérapique, et celles qui, de même que la médication thermale, activent la rénovation organique, en mettant en jeu les fonctions éliminatrices. On comprend encore à quel point l'inspiration d'un air pur et vif, un exercice actif, combinés avec l'emploi méthodique de divers agents de la matière médicale qu'il serait trop long d'énumérer, viennent seconder l'effet de ces médications. C'est là, à proprement parler, ce qui constitue la thérapeutique fonctionnelle, c'est-à-dire celle qui agit sur toute l'économie. C'est dans cette partie que se révèlent les tendances médicales de l'œuvre. Nous allons voir que pour la thérapeutique locale, celle qui agit anatomiquement sur les jointures, qui en modifie la forme, la direction et les rapports, l'artiste ne le cède en rien au savant.

Le repos des articulations est d'une importance dès longtemps appréciée; tous les efforts se sont dirigés vers le perfectionnement des appareils qui en assurent la permanence, si bien qu'à part quelques lacunes que M. Bonnet nous paraît avoir réussi à combler de la manière la plus heureuse, les conditions les plus désirables se trouvent réalisées sous ce rapport. Mais les jointures ne sauraient échapper à cette loi : que la suppression de tout acte physiologique doit être transitoire. Après un temps variable, l'immobilité doit être remplacée par l'exercice des fonctions ; non l'exercice absolu, comme l'explique fort justement M. Bonnet, non le fonctionnement complet, mais l'exercice relatif, mais

le fonctionnement partiel, quelque chose d'intermédiaire entre l'immobilité absolue et la marche normale.

Ce fonctionnement élémentaire doit avoir pour but seulement le jeu passif des surfaces articulaires, pendant que le malade est assis ou couché, abstraction faite du poids du corps sur les parties malades, de la contraction active des muscles ; cette sorte de gymnastique articulaire produit les meilleurs résultats et nous donne la clef des succès merveilleux qu'obtiennent parfois d'ignares rebouteurs, là où sont venus échouer les hommes de l'art les plus expérimentés ; cette méthode de traitement vraiment neuve ne pouvait être réalisée qu'à l'aide d'instruments mécaniques en rapport avec les actes dont il fallait faciliter l'accomplissement et ceux qu'il fallait condamner à l'inaction. Ici, tout était à faire. Et si l'on réfléchit à la multiplicité des indications qui étaient à remplir, on ne se sent point surpris du nombre infini d'appareils que l'auteur met sous nos yeux, et l'on ne traitera pas de stériles ces nouvelles richesses où, dans plus d'un cas, le praticien trouvera le moyen de surmonter des obstacles jusqu'ici jugés insurmontables ; à ce titre, nous recommandons tout particulièrement au lecteur le chapitre où M. Bonnet traite de l'ankylose. Peut-être les impressions fâcheuses qu'avaient produites les essais malheureux de redressements brusques, de M. Louvrier, s'effaceront-elles en présence des succès brillants qu'a obtenus M. Bonnet, en combinant la méthode de M. Palasciano avec la méthode des sections sous-cutanées, plus hardiment appliquées qu'on ne l'avait encore fait ; il y a donc, dans ces tentatives heureuses de la chirurgie militante, de quoi encourager les plus timides. Forcés d'en rester là de notre analyse, disons, en terminant, qu'il y a dans le nouvel ouvrage du savant professeur de Lyon mieux qu'une monographie, et que par les aperçus qu'il découvre, par les clartés qu'il projette sur des parties de la science encore laissées dans l'ombre, par les horizons étendus qu'il embrasse, il sort des bornes d'une étroite spécialité. Espérons que nous verrons se réaliser le vœu très-légitime de son auteur, et que cet ouvrage ne restera pas sans influence sur la thérapeutique générale.

BULLETIN DES HOPITAUX.

Antéversion de l'utérus. — Tentatives de redressement par la sonde. — Mort. — Le traitement des déviations de l'utérus est une question fort importante et des plus difficiles. Nous nous proposons d'en discuter les bases dans notre prochain numéro; en attendant nous plaçons

sous les yeux de nos lecteurs une observation lue à l'Académie de médecine, par M. Broca.

Obs. Une femme de trente-neuf ans entra à l'hôpital de Lourcine, se plaignant de douleurs hypogastriques vives, qui s'irradiaient dans la région supérieure des cuisses, de troubles de la digestion, perte d'appétit, coliques fréquentes, constipation habituelle, émission des urines plus fréquente que d'habitude, etc.

Le toucher vaginal me permit de reconnaître que le col était fortement porté en arrière, que la face antérieure du corps était devenue presque horizontale, et qu'il y avait, par conséquent, une antéversion très-prononcée. L'examen au spéculum confirma le diagnostic. Le col fut assez difficile à embrasser. Il était assez gros, granuleux, et son orifice laissait écouler une quantité assez notable de matières glaireuses et purulentes.

Pendant les trois premiers jours, la malade fut tenue au lit et prit des bains.

Le 7 octobre, j'introduisis pour la première fois la sonde utérine. La malade était debout, et l'instrument, dirigé par le doigt indicateur, pénétra jusqu'à une profondeur de 6 centimètres 1/4. L'introduction une fois achevée, il me fut facile de ramener l'utérus à sa direction normale, où je le maintins pendant cinq minutes. La malade n'accusa aucune douleur.

Le lendemain, 8 octobre, répétition de la même manœuvre.

Le 10, le cathétérisme redresseur est pratiqué pour la troisième fois et prolongé encore pendant cinq minutes. La malade assure qu'il y a déjà dans sa position une amélioration notable, et qu'elle souffre beaucoup moins qu'à l'époque où elle est entrée à l'hôpital.

Le 11, l'introduction de l'instrument provoque une légère douleur. Au moment où je redresse l'utérus, la malade se plaint de souffrir dans le ventre et surtout à l'hypogastre. Je ne laisse séjourner la sonde que deux à trois minutes.

Le 12, la malade a éprouvé quelques petites douleurs dans le ventre. L'hypogastre est légèrement douloureux à la pression. Le pouls est parfaitement calme. Le soir, l'interne de service trouve que les douleurs abdominales sont devenues très-vives; la pression de l'hypogastre les exaspère. Il y a déjà un peu de fièvre et quelques nausées. — 30 sangsues à l'hypogastre.

Le 13, l'état s'est encore aggravé. La nuit a été sans sommeil. Nausées, vomissements de matières bilieuses, constipation. Pouls à 100 pulsations. — 30 sangsues; un bain, etc.

Le 14, les symptômes se sont amendés. La douleur abdominale est moindre; mais les vomissements persistent. — Onctions mercurielles sur l'abdomen. Dans la journée, il survint un léger suintement de sang par le vagin; il ne dure que quelques heures.

Le 15, apyrexie complète; les douleurs abdominales ont disparu, et la palpation du ventre n'est pas pénible. Toutefois il existe un point, situé au niveau à peu près de l'ovaire droit, où la pression provoque encore un peu de douleur. On n'y trouve, du reste, aucune tumeur appréciable. Les vomissements se sont calmés; ils ne surviennent plus spontanément, mais ils se manifestent toutes les fois que la malade avale une gorgée de tisane.

Le 17, tous les symptômes inflammatoires ont disparu. La pression abdo-

minale, même assez forte, n'est plus douloureuse. La peau est fraîche, le pouls normal, et cependant la malade est tourmentée par des accidents fâcheux, dont la cavité pelvienne paraît être le point de départ. Ce sont des douleurs spontanées, intermittentes, revenant plusieurs fois par heure sous forme de crises aiguës, partant de l'utérus et s'irradiant dans tout le ventre. Les vomissements, qui sont fréquents, sont précédés d'une sensation très-semblable à celle de la boule hystérique. Le toucher vaginal et le toucher rectal permettent de constater que l'utérus est toujours en antéversion. La pression exercée avec le doigt sur les diverses parties de cet organe n'est pas douloureuse. Enfin, la même exploration ne décèle l'existence d'aucune tuméfaction, d'aucune fluctuation péri-utérine appréciables. Cet état persiste les jours suivants, et s'aggrave même, en ce sens que les crises de douleurs deviennent de plus en plus fréquentes. L'estomac rejette aussitôt tous les aliments, médicaments ou tisanes administrés par la bouche. La malade maigrit et dépérit rapidement; elle se plaint sans cesse. Insomnie, etc.

Le 21 et le 22, les phénomènes précédemment décrits continuent. Abattement, face terreuse, traits altérés par la douleur, pouls petit, ventre ballonné, nausées et vomissements incessants. — Douches froides dirigées sur le ventre et l'épigastre.

Le 22, aggravation des symptômes; prostration extrême, vomissements de matières stercorales.

La malade succombe le 23, après une longue et douloureuse agonie.

Des détails d'anatomie pathologique exposés par M. Broca il résulte qu'il y a eu deux péritonites : l'une ancienne, remontant à une époque inconnue; l'autre récente, provoquée, selon toutes probabilités, par les cathétérismes pratiqués sur l'utérus quinze jours avant la mort. Il cherche ensuite à préciser le rôle de ces deux péritonites et des adhérences qu'elles ont déterminées, dans la production de l'étranglement interne qui a entraîné la malade au tombeau.

La sonde utérine, introduite quatre fois en cinq jours, et maintenue en place cinq minutes chaque fois, détermine, ajoute M. Broca, sans aucune action traumatique, par le simple contact de l'instrument, une métrite qui débute le 11 octobre; l'inflammation semble avoir pris naissance au niveau de l'angle droit de l'utérus. Le lendemain, elle a déjà gagné le péritoine. Cette péritonite, combattue dès son début, cède promptement; les phénomènes inflammatoires disparaissent le 15 octobre, et tout permet de croire que le danger est passé. Mais bientôt de nouveaux accidents débutent. La péritonite est guérie, mais elle laisse des adhérences, et celles-ci gênent d'une manière croissante la circulation des matières fécales. L'obstruction intestinale qui a déterminé la mort a donc été favorisée par une lésion ancienne; mais on ne saurait méconnaître dans sa production l'influence de l'inflammation péritonéale, provoquée par le cathétérisme utérin.

On peut être tenté de dire que le fait précédent, quelque malheureux qu'il soit, ne dépose pas contre la méthode nouvelle de redressement

intra-utérin ; qu'en définitive la péritonite provoquée par l'opération a été bien légère, puisqu'elle a promptement cédé à un traitement convenable. J'accorde, en effet, que dans le cas actuel la péritonite a été légère ; mais il suffit qu'il y ait eu péritonite pour qu'on doive cesser de considérer le cathétérisme utérin comme un moyen inoffensif. Quand la péritonite commence, peut-on savoir où elle s'arrêtera?

Ce fait, malgré les circonstances atténuantes qui l'accompagnent, me semble de nature à faire faire sur l'opération nouvelle de sérieuses réflexions. L'autopsie a prouvé que la muqueuse utérine était entièrement intacte et que, sans la moindre déchirure, sans la moindre lésion de cette membrane, l'inflammation pourrait être le résultat du simple contact des instruments et gagner de là le péritoine.

D'autres faits analogues ont été recueillis. Je suis autorisé à annoncer que MM. Aran et Nélaton ont perdu chacun un malade à la suite de l'application du redresseur, et que M. Cruveilhier a observé un troisième fait qui s'est également terminé par la mort. Dans les trois cas, les malades ont succombé à une péritonite aiguë. Ces accidents sont-ils les seuls qui aient été observés? Il est permis de croire que non, et j'espère qu'à l'avenir les chirurgiens, prévenus de la possibilité de pareils accidents, ne se décideront qu'avec la plus grande réserve à employer un moyen qui donne de semblables déceptions.

RÉPERTOIRE MÉDICAL.

ACCOUCHEMENT (*Absence congéniale du col de l'utérus n'ayant pas empêché la fécondation et l'*). Au premier abord, on serait tout disposé à penser que l'absence congéniale du col de l'utérus devrait mettre obstacle à la fécondation, mais surtout à la gestation et à l'accouchement. Néanmoins, les nombreuses observations d'extirpation du col de l'utérus qui ont été pratiquées il y a quelque vingt ou trente ans, ont mis hors de doute la possibilité des deux choses, et l'on va voir par le fait suivant, si rare, qu'il est peut-être unique en son genre, qu'il en est, sous ce rapport, de l'absence congéniale comme de l'absence traumatique du col utérin.

Au mois de mars 1850, M. le docteur Grout fut consulté par une jeune dame de vingt-deux ans, blonde, molle, fraîche, colorée, d'une taille élevée et de formes agréables, douée d'un ample bassin, pour le dérangement que sa santé avait éprouvé depuis un an à la suite d'hémorrhagies utérines abondantes, successives et prolongées. Menstruée à treize ans, mariée à dix-sept, elle n'avait pas encore eu d'enfant, et elle supposait, mais sans preuve positive, que la première hémorrhagie, qui était survenue un an auparavant, était due à un avortement arrivé au deuxième ou au troisième mois de la grossesse. Des imprudences successives avaient rappelé, à différentes époques et avec des douleurs atroces, cette perte de sang, que le seigle ergoté finit par arrêter, après plusieurs mois de soins, de précautions, de séjour au lit. Dérangement dans les digestions, amaigrissement, faiblesse, facilité à se fatiguer, constipation, douleurs lombaires variables, un peu de leucorrhée. En pratiquant le toucher, M. Grout ne fut pas peu surpris de ne pas rencontrer le col de la matrice ; le vagin avait environ 11 centimètres de lon-

gueur, était assez ample et terminé franchement en cul-de-sac. Un petit appendice mamelonné, ou tubercule du volume d'un pois ordinaire, existait à la paroi postérieure, à cinq centimètres de l'entrée. Le spéculum ne fit reconnaître autre chose que le petit appendice mamelonné, d'une couleur plus pâle que le reste du vagin, légèrement pédiculé, plein, exempt d'ouverture et facile à circonscrire à l'aide d'un stylet. A deux centimètres plus loin, sur la ligne médiane et au fond du vagin, petite ouverture sans saillie et sans plis, remarquable par sa couleur plus rosée; l'extrémité boutonnée d'une aiguille à séton pénètre assez aisément dans cette petite ouverture et s'y engage de quatre centimètres environ; une sonde de gomme élastique du plus faible numéro ne peut y être introduite. Il était très-probable que c'était l'orifice du col; néanmoins, pour s'en assurer, M. Grout introduisit le doigt dans le rectum, et distingua alors, en avant de la paroi antérieure de l'intestin demeuré intact, le corps de l'utérus, saillant, petit, ovoïde, lisse, ferme, fixe, surmonté des deux ovaires, qui en étaient très-rapprochés, et qu'il reconnut à leur surface inégale, à leur forme ovoïde, à leur grosseur, à leur mobilité. Ce corps était interposé entre la sonde d'argent introduite dans la vessie, et le doigt situé dans le rectum; il semblait s'implanter presque immédiatement par son extrémité inférieure sur la paroi postérieure du vagin, près de son fond, et être adhérent au rectum, peut-être aussi à la vessie; sa longueur n'excédait pas 4 centimètres. Conformation régulière des parties génitales, sauf des grandes lèvres, à peine prononcées; mamelles au contraire assez volumineuses. Pour compléter cette observation, il nous suffira de dire que cette dame a eu depuis deux grossesses successives et deux accouchements à terme, en février 1851 et septembre 1853. (*Bulletin des trav. de la Soc. de méd. de Rouen*, 1853.)

BRULURES (*Exemple des bons effets du collodion dans les*).—*Nécessité de la modification de l'agent médicamenteux dans ces cas.* Nous avons signalé les ressources nouvelles que le collodion offrait aux praticiens lorsqu'ils étaient appelés à traiter une brûlure; le fait suivant, communiqué à la Société de médecine de Bordeaux, par M. Coste, en est un exemple. Nous fûmes appelé, le 3 août dernier, dit M. Coste, pour voir un petit garçon d'environ huit mois, gras, frais, bien portant, à qui sa bonne venait de laisser tomber sur le corps une tasse de lait presque bouillant. Ce liquide avait été répandu sur le thorax, l'abdomen et les cuisses. Il y avait environ une heure de l'accident, lorsque j'arrivai près de l'enfant. Ses cris étaient incessants et accusaient la plus vive douleur. Il ne pouvait tenir en place, et la raideur presque convulsive de ses membres, le tremblement de sa mâchoire, faisaient craindre un état encore plus grave. Des phlyctènes existaient à la base de la poitrine, sur le bas-ventre, sur la verge, le scrotum, la fesse et la cuisse droite, dans une grande étendue. En attendant qu'on apportât le mélange que j'avais demandé de 30 grammes de collodion et de 6 grammes d'huile de ricin, j'évacuai avec soin la sérosité des phlyctènes et des vésicules, par de petites piqûres avec une aiguille déliée, et j'appliquai des compresses froides sur les parties atteintes. Vaine ressource : l'enfant continuait à crier et à s'agiter. Bientôt on apporte le collodion : je l'étends à l'instant même avec le bouchon du flacon à large ouverture qui le contenait, sur toutes les parties brûlées, et, bien que l'enfant ne cessât de crier, à mesure que j'appliquais le remède, il semblait de moment en moment redoubler ses cris. L'épiderme avait été enlevé de la plus large phlyctène auprès de l'ombilic; il en résulta une douleur plus atroce de l'application du remède. Je recouvris toutes les parties où était étendu le collodion de coton en rame, qui y adhéra parfaitement bien, et la peau se trouvait ainsi à l'abri du contact de l'air et des corps étrangers. Deux ou trois minutes s'étaient à peine écoulées, que l'enfant commençait à se consoler; mais la douleur semblait revenir par accès. L'étendue de ces brûlures, dont une partie atteignait le troisième degré, l'irritabilité de l'enfant, son embonpoint, et l'injection capillaire de sa peau, me faisaient craindre quelque accident. Je retournai le voir quatre heures après, et je fus agréablement surpris de le trouver gai et jouant sur les bras de sa

bonne. Après deux ou trois jours, le coton se détacha des parties les moins atteintes, et le point de l'abdomen où je redoutais une longue suppuration n'en donna pas du tout; seulement, là, le coton ne tomba que plusieurs jours après.

On ne peut se faire une idée, dit en terminant M. Coste, de la promptitude et de l'excellent effet du collodion dans la brûlure. Nous croyons que l'addition plus considérable d'huile de ricin a été pour une bonne part, quant à l'efficacité du moyen; l'huile s'opposant au retrait trop considérable du collodion. Nous obtenons le même résultat en mêlant la glycérine au collodion. (*Journ. de Médec. de Bordeaux*, janvier.)

COLLODION. *Son emploi contre les érections douloureuses compliquant la gonorrhée.* Aux diverses applications connues de ce nouvel agent médicamenteux, nous croyons devoir ajouter l'essai suivant.—Un jeune homme, âgé de vingt ans, avait déjà été atteint deux fois de gonorrhee, et avait éprouvé des érections tellement douloureuses qu'il lui était impossible de garder le lit. Atteint une troisième fois de la même maladie, il vint consulter M. J. Daringer, Celui-ci, dans le but d'empêcher l'afflux du sang, conseilla au malade d'étendre une couche de collodion sur toute l'étendue de la verge, après avoir préalablement ramené l'organe à l'état de flaccidité par des fomentations d'eau froide. Ce moyen eut un plein succès; les douleurs cessèrent, et même le lendemain, lorsque le malade eut enlevé les couches de collodion, à cause de la gêne qu'il en éprouvait, elles furent beaucoup moins intenses.—Cette action du collodion était à noter; mais aujourd'hui, on ne peut y faire appel pour combattre les érections douloureuses qui viennent compliquer quelquefois la gonorrhée, puisqu'on possède dans le lupulin un agent thérapeutique plus efficace; car, tout en triomphant de la corde vénérienne, le lupulin agit sur l'écoulement. Nous publierons prochainement des faits nombreux, observés à l'hôpital du Midi, qui ne laisseront aucun doute à cet égard. (*Allgemein. med. cent. Zeitung.*)

CROUP BRONCHIAL (*Observation de*) *chez un homme de vingt-deux ans.* L'observation suivante montre que ce ne sont pas tant les productions pathologiques qui donnent de la gravité à cette maladie que certaines dispositions propres à l'enfance et surtout le siége même de l'altération. Le sujet de cette observation est un ouvrier vigoureux, de Rotterdam, qui avait eu, l'année précédente, une pneumonie dont il s'était parfaitement rétabli. Le 3 février, il fut pris d'une forte oppression, qui se termina par le rejet d'une membrane croupale, présentant la forme des grosses et des petites bronches. Cependant l'état général était satisfaisant. M. Bezeth prescrivit le soufre doré et un vomitif, pour le cas où de nouveaux accidents surviendraient. Le 5 février, nouvelle expectoration de fausses membranes, sans que le malade quitte pour cela son ouvrage. Du 6 au 10, rien de particulier. Le 10, plusieurs fausses membranes. Le 21, augmentation de la toux; expectoration de mucus visqueux, sans exsudations plastiques. Le 26, nouveau rejet de fausses membranes, toux encore plus forte, dyspnée, accélération du pouls; du reste, le malade se trouve bien (soufre doré et calomel). Les dernières fausses membranes furent évacuées le 29 février. — Cette observation, dont nous ne rapportons que les principaux points, est remarquable par l'absence des symptômes graves, malgré la présence répétée pendant un temps assez long. Cependant les choses sont loin de se passer toujours ainsi, et nous avons été témoin, pendant l'année qui vient de s'écouler, de la mort regrettable de deux élèves distingués de nos hôpitaux, qui ont succombé à des angines diphthériques, présentant des lésions moins graves en apparence. Cette bénignité de l'affection chez le sujet de l'observation doit donc être rapportée à la localisation exclusive des productions pathologiques dans les bronches. (*Allgemeine med. cent. Zeitung.* v. *Gaz. méd.*)

FISTULE A L'ANUS *traitée avec succès par les injections de perchlorure de fer.* Le fait suivant, rapporté par M. Mlergues fils, vient à l'appui de l'opinion que nous avons exprimée tout d'abord, que le nouveau sel de fer resterait dans la thérapeutique. *Obs.* M. X., atteint de fistule à l'anus survenue à la suite d'un abcès au scrotum, s'étant refusé à une opération chirurgicale, fut traité pen-

dant près de deux ans par divers topiques et injections, entre autres par celles au nitrate d'argent et les injections iodées, qui n'amenèrent aucun changement dans son état. Lorsqu'il vint me consulter, dit M. Miergues, la fistule offrait un bourrelet muqueux par où s'écoulait une sérosité purulente et grisâtre; et, par suite des obstructions successives du méat externe, il s'était produit de petits abcès passagers. Je prescrivis les injections de teinture de ratanhia, qui, en pénétrant dans le rectum, donnaient au malade des envies d'aller (ces injections ne furent pratiquées qu'après avoir dilaté l'ouverture au moyen de l'éponge à la cire). Ce moyen fut vainement employé pendant un mois; alors je le traitai par les injections d'eau hémostatique de Pagliari, qui, dans quinze jours, avaient à peine modifié l'état des sécrétions. Pensant que la guérison se ferait trop attendre, si toutefois elle devait avoir lieu par ce moyen, je fis une petite injection avec du perchlorure de fer pur, n'ayant rempli la seringue qu'au tiers; la douleur fut vive, mais de courte durée. Des injections journalières furent faites avec le mélange suivant :

PR. Eau de Pagliari. . . . . 120 grammes.
Perchlorure de fer. . 30 —

Dans huit jours, le malade était tout à fait guéri; il ne restait qu'un petit bourgeon charnu qui disparut par la cautérisation au nitrate d'argent. Notre malade a fait depuis lors plusieurs longs voyages en diligence, sans éprouver le moindre inconvénient.

Nous répéterons, à l'égard de cette expérimentation, la remarque que nous avons déjà faite plusieurs fois. Pour que ces tentatives aboutissent, les auteurs doivent indiquer la densité des solutions ferriques dont ils font usage. Ainsi, qu'est-ce que M. Miergues entend dire par une injection de perchlorure de fer pur? probablement la solution à 45° de densité? Il importait de le dire. Pourquoi ensuite compliquer à plaisir la formule, en étendant la solution ferrique avec l'eau de Pagliari, de préférence à l'eau pure, puisque la première n'avait fourni aucun résultat? Une dernière remarque, relative à l'insuccès des injections iodées. Lorsqu'on signale l'inefficacité d'un moyen qui a réussi entre d'autres mains, il importe de dire comment on l'a employé, afin qu'on puisse contrôler la valeur de l'assertion. (*Revue thérap. du Midi*, janvier 1854.)

HERNIES INGUINALES *mobiles* (*Sur le mode d'action et sur la valeur de l'invagination dans les*). Les nouveaux essais auxquels on se livre aujourd'hui, pour arriver à formuler un procédé efficace pour la cure radicale des hernies, nous engagent à consigner les résultats de l'autopsie de deux personnes, opérées avec succès, et mortes plusieurs années après du choléra.

OBS. Ire. Un ouvrier de Leipsig, agé de quarante ans, portait une hernie scrotale du côté gauche, de la grosseur du poing; il ne pouvait pas supporter de bandage et réclamait une opération qui le délivrât de son infirmité. M. Streubel pratiqua l'invagination, en introduisant une mèche de charpie épaisse. Au bout d'un mois le malade quitta le lit, mais on vit que la hernie se reproduisait; cependant il y avait une amélioration sensible. Quand l'opéré se fut entièrement remis, on lui proposa une seconde opération, qu'il accepta. Le chirurgien poussa plus avant la portion de peau invaginée jusqu'à l'anneau inguinal interne. Cette fois l'opération réussit complétement; aucune anse intestinale ne pénétra plus dans le canal; l'ouvrier put reprendre ses travaux, comme s'il n'avait jamais eu de hernie. Cet homme étant mort subitement du choléra deux ans et demi après l'opération, on procéda à l'autopsie. En voici les résultats : après l'incision de la peau, on put s'assurer par la simple vue, comme par le toucher, de l'élargissement considérable du canal inguinal. Le col du sac herniaire était oblitéré, et formait un cordon épais et résistant, qui recouvrait le cordon spermatique; les parois du sac herniaire étaient tellement adhérentes que ce sac formait une masse fibreuse impossible à séparer. Ces adhérences cessaient à quelques lignes au-dessous de l'anneau externe.

Le second cas concerne un ouvrier maçon, de Dresde, auquel le docteur Baumgart en avait deux fois pratiqué l'invagination. L'opération avait réussi au point de lui permettre tous les travaux de son état. Cet homme, étant mort du choléra en 1850, M. Streubel put examiner la

pièce anatomique. La peau de la région inguinale était un peu épaissie, comme dans le cas précédent, et peu mobile. Le tissu cellulaire sous-cutané était aussi épaissi et adhérait à la paroi antérieure du canal. Après qu'on eût préparé l'anneau externe, on put pénétrer avec le doigt jusqu'à deux pouces de profondeur. Quand on eut incisé la paroi antérieure du canal, on vit apparaître une tumeur en forme de bourse, qui s'étendait en bas jusque tout près de l'anneau externe, et, s'élargissant en forme d'entonnoir vers le haut, remplissait l'anneau interne. Ce sac était formé par le péritoine et renfermait une anse intestinale; il adhérait au tissu cellulaire sous-aponévrotique. L'ancien sac herniaire recouvrait, comme d'une masse fibreuse, le cordon spermatique et se trouvait en partie oblitéré. — Ces deux autopsies montrent donc que l'invagination a pour effet de déterminer, par compression et par inflammation adhésive, l'oblitération du col du sac herniaire; il n'y a pas d'oblitération réelle du canal inguinal; celui-ci était, dans les deux cas, resté libre, et avait permis la formation d'un commencement de second sac herniaire. Ces résultats prouvent qu'il est prudent de soutenir, avec un bandage, la région inguinale, même après la réussite complète des opérations, afin d'éviter le retour de l'infirmité. (*Viertelezahrshrift fur des prakt. Heilkunde* et *Gaz. médic.*)

NÉVRALGIE FACIALE (*De la*). *Médication locale; emploi des frictions avec le jus de citron.* Dans la plupart des cas, les névralgies ne sont pas toute la maladie et se relient à un état morbide général, chlorose, rhumatisme, syphilis, etc. Malgré cette conviction, les médecins ne se sont jamais bornés à traiter la diathèse, et, en même temps qu'ils formulent une médication basée sur l'état général du malade, ils n'hésitent point à prescrire des moyens locaux. Ces moyens sont nombreux, on le sait : vésicatoires volants, cautérisations, incisions, cautères, scarifications, sections du nerf, pommades au chloroforme, de belladone, etc., lotions de cyanure de potassium, d'éther, emplâtre de plomb, électrisation, etc. Rien de plus variable que les résultats présentés par les auteurs.

M. Neucourt, dans un long mémoire sur la névralgie faciale, résume ainsi le résultat de son expérimentation de quelques-uns de ces moyens. « J'ai peu de chose à dire sur les vésicatoires après les intéressantes recherches de M. Valleix sur ce sujet; je les emploie fréquemment de la manière indiquée par ce médecin, c'est-à-dire que j'applique un ou successivement plusieurs vésicatoires volants sur les principaux points douloureux. Sans y avoir autant de confiance que M. Valleix, je les ai souvent trouvés utiles et supérieurs aux autres moyens. Comme ce mot de vésicatoire effraye souvent les personnes du monde, il m'arrive souvent de conseiller les cantharides sous la forme de mouche de Milan; le mot mouche passe plus facilement que celui de vésicatoire, et cette mouche restant appliquée jusqu'à ce qu'elle tombe, c'est-à-dire pendant plusieurs jours, les malades l'admettent volontiers.

On a beaucoup vanté, dans ces derniers temps, la pommade au chloroforme; je ne l'ai jamais trouvée efficace, et, dans quelques cas, elle a manifestement augmenté les douleurs; je sais cependant que quelques-uns de mes confrères ont été plus heureux. Du reste, j'ai très-rarement eu à me louer des pommades, dont la plupart m'ont semblé sans action; c'est ainsi que je n'ai jamais rien obtenu d'une pommade fortement recommandée, à laquelle M. Debreyne donne des éloges qui m'avaient séduit. Les lotions sont plus utiles, ainsi que les fumigations, principalement les narcotiques. On m'a indiqué une lotion assez originale et qui a généralement soulagé ceux auxquels je l'ai conseillée : c'est de frotter les parties douloureuses avec le jus de citron; pour cela on coupe le citron et on frotte avec une des moitiés. » Nous regrettons que l'auteur soit aussi bref sur les médications locales de la névralgie faciale qu'il a essayées, et qu'il en ait omis quelques-unes, justifiées par des succès non douteux; toutefois, l'étude toute spéciale qu'il a faite de cette maladie nous a engagé à consigner les résultats de son expérimentation thérapeutique, quant aux moyens locaux. (*Archives de médecine*, février 1854.)

OPIUM (*Effets des préparations d'*), *prises à doses élevées.* Tel est le titre d'une note intéressante, consignée par M. le docteur Ballay dans le Bul-

letin de la Société de Médecine de Rouen, et au sujet de laquelle nous demandons à présenter quelques réflexions d'une grande importance pour la thérapeutique. Il s'agit en effet de ce grand principe de la *tolérance*, découvert et mis en lumière par l'école italienne, et c'est parce qu'on n'en tient pas assez compte, que l'on a peine à s'expliquer la variabilité des effets produits par le même médicament à des doses très-différentes. Ainsi, pour ne parler que de l'opium, on peut citer des exemples d'accidents formidables dus à l'ingestion de doses minimes de ce médicament ou de ses composés; et, d'un autre côté, il est des cas dans lesquels l'opium ou les sels de morphine, administrés à des doses tout à fait exagérées, soit par suite d'une erreur, soit dans un but thérapeutique, n'ont pas entraîné la mort.

A ce sujet, M. Ballay rapporte deux faits : le premier est celui d'un cultivateur, auquel un médecin avait prescrit, pour une fièvre quotidienne bien caractérisée, très-régulière, et durant depuis trois semaines environ, 50 centigrammes d'acétate de de quinine en deux paquets égaux. Par erreur, le pharmacien délivra de l'acétate de morphine. Le premier paquet fut administré à deux heures du matin. Une demi-heure au plus après l'ingestion, céphalalgie violente, nausées, malaise général, loquacité, physionomie étrange qui inquiète la femme, mais ne l'empêche pas d'administrer la deuxième dose à quatre heures du matin. Aggravation des symptômes, continuation des nausées, mais pas de vomissements, faces animé, yeux congestionnés, saillants, hagards, agitation et promenade autour de la chambre, céphalalgie atroce, douleur au creux de l'estomac. Vers cinq heures, la femme court chez le pharmacien, qui reconnaît l'erreur, fait prendre au malade du café noir à haute dose, et s'empresse d'aller chercher le médecin. Dans l'intervalle, la femme était allée chercher une voisine, et ce fut le malade lui-même qui vint ouvrir la porte, en vacillant comme un homme ivre. Administration du tartre stibié; saignée du bras de quatre palettes; tannin à haute dose. Les accidents se calment progressivement vers le soir, le malade s'endort, et, à la suite d'un sommeil calme et profond, pendant quinze heures, il se réveille guéri de la fièvre. Mais, autre bizarrerie, la femme, atteinte de la même maladie, fut guérie également, et sans avoir pris aucun médicament.

Dans le deuxième fait, il s'agit d'une colique saturnine. C'était un ouvrier plombier, âgé de trente-huit ans, qui s'administra, de son chef, 50 centigrammes d'extrait d'opium, et 10 centigrammes d'acétate de morphine en vingt-quatre heures. La veille, il avait pris 0,15 d'extrait aqueux dans une potion. Pas d'accidents, mais l'insomnie a continué, maintenue moins par l'excitation due au médicament que par la persistance de l'entéralgie, qui n'a cédé que quelques jours après à l'emploi des drastiques.

Tels sont les faits de M. Ballay, qui sont, non pas des exceptions, comme paraît le croire notre confrère, mais le résultat de l'état morbide qui a permis aux malades de supporter des doses énormes d'opium, auxquelles ils auraient succombé en toute autre circonstance. Il y a bien longtemps que l'opium a été recommandé à doses élevées contre les fièvres intermittentes et pour la colique de plomb (elle rentre dans les affections douloureuses), et M. Scudamore a dit avec raison qu'elles créaient pour le malade une résistance toute particulière à l'action des narcotiques. Il faut donner, dans les affections douloureuses, des quantités très-considérables d'opium, pour avoir un effet convenable, et nous ajouterons que cette administration à petites doses souvent répétées (*doses filées*) ne présente en général aucun inconvénient.

PLOMB (*Nitrate de*). *Solution de ce sel comme agent de désinfection.* En 1850, un premier rapport fut présenté à l'Académie sur cette liqueur désinfectante, désignée par son inventeur, M. Ledoyen, sous le nom d'eau inodore. A la suite d'une discussion animée, comme toujours, lorsqu'il s'agit de prononcer sur la valeur d'un produit qui doit être exploité par l'industrie, l'Académie renvoya les conclusions de ce rapport à l'examen d'une Commission, avec invitation de comparer cette solution désinfectante avec les moyens connus, généralement employés dans le même but. C'est ce rapport complémentaire que M. Bouchardat est venu lire à la savante Compa-

gnie, dans sa séance du 7 février.

La Commission avait d'abord à examiner s'il y a quelque chose de nouveau dans les applications que M. Ledoyen a faites du nitrate de plomb, comme agent de désinfection en chirurgie; puis elle a examiné successivement les applications du nitrate de plomb comme désinfectant, considérées dans les conditions principales où elles peuvent être faites, dans les amphithéâtres d'anatomie dans les hôpitaux; enfin, dans ce qui a trait à la question des latrines et des vidanges.

Quant aux applications chirurgicales, se rapportant aux pansements des plaies gangréneuses ou autres, M. Bouchardat fait remarquer que deux autres sels de plomb, l'acétate neutre et l'acétate tribasique, sont depuis longtemps journellement employés et remplissent utilement toutes les indications attribuées au nitrate de plomb. Le rapporteur aurait pu encore signaler les bons effets, dans les circonstances, d'un mélange à parties égales de poudre de charbon, de chlorure de chaux et de quinquina en poudre.

Examinant ensuite les autres applications du nitrate de plomb comme désinfectant général, M. Bouchardat reconnaît que, parmi tous les liquides désinfectants généralement employés, la solution de nitrate de plomb se distingue par son efficacité. Mais si cette solution n'a pas été généralement adoptée, les principales raisons sont : son prix plus élevé, son action topique lente et insidieuse, etc.

En résumé, d'après les faits exposés dans le rapport, la Commission a proposé de répondre à M. le ministre : 1º la supériorité de l'eau inodore de M. Ledoyen, comparée aux solutions d'acétate de plomb, employées dans le pansement des plaies répandant une odeur fétide, n'est établie sur aucun fait précis; 2º dans les amphithéâtres, l'emploi du chlorure de zinc, comme désinfectant, est préférable à celui de la solution de nitrate de plomb; 3º dans les casernes, les hôpitaux, pour combattre les inconvénients de l'encombrement, une ventilation bien réglée est préférable à l'emploi de l'eau de M. Ledoyen; 4º pour la désinfection des fosses d'aisance, le chlorure et le sulfate de zinc, le sulfate de fer au maximum, à l'état le plus voisin de la neutralité, sont justement préférés au nitrate de plomb, qui a l'inconvénient de coûter plus cher et de noircir les matières qui coulent sur la voie publique. (*Comptes-rendus de l'Académie de médecine*, février.)

VARIÉTÉS.

—

Poursuites exercées contre deux médecins, à l'occasion d'un accouchement laborieux ayant entraîné la mort de la mère.

Nous empruntons à la Revue médico-chirurgicale le récit d'un de ces faits qui se présentent quelquefois dans la pratique et pour lesquels les médecins, souvent sans faute commise, voient mettre en péril leur considération et leur honneur. Nous laissons l'un des inculpés, l'honorable docteur Thiaudière, exposer le fait qui a provoqué ces poursuites malheureuses.

« Le 26 février dernier, à onze heures du matin, dit M. Thiaudière, un commissionnaire vint me demander pour aller à Saint-Secoridin (12 kilomètres de mon domicile); mon premier mouvement fut d'hésiter à partir, parce que j'étais souffrant; mais lorsque j'appris qu'il s'agissait d'un accouchement laborieux et que mon confrère, M. Latreille, réclamait mon concours, toute hésitation cessa et je me mis en route.

« Je ne tardai pas à partager toutes les craintes de mon confrère, non-seulement sur les difficultés que devait présenter l'opération de la délivrance, mais encore sur les suites fâcheuses que devait avoir pour la femme un accouchement de cette nature.

« En effet, l'enfant présentait, avec le cordon ombilical prématurément sorti, un bras dégagé jusqu'à l'épaule; il était, comme on dit, en travers, et il n'y avait pas possibilité que la mère pût s'en débarrasser par les seules forces de la nature.

« Le procédé opératoire était le même que pour une présentation des faces latérales du tronc, il fallait faire la version, qui consiste à retourner l'enfant en le pelotonnant ; mais pour cela il faut que la main de l'opérateur aille chercher les pieds, qui se dirigent ordinairement vers le fond de la matrice, et les amène au dehors, manœuvre qui fait naturellement rentrer le bras et qui est le plus souvent périlleuse pour la mère ; c'est là la première indication à remplir.

« Elle n'avait pas échappé à M. Latreille, qui déjà était parvenu à saisir un pied, et qui, pour l'empêcher de rentrer dans la matrice, avait appliqué un lacs, comme cela se pratique ordinairement ; mais il n'avait jamais pu rencontrer l'autre pied, et sans lui l'opération de la version n'était pas praticable.

« Malgré mon expérience des accouchements, je ne rencontre jamais un cas semblable à celui que j'avais sous les yeux, sans frissonner et craindre pour la vie de la mère, tant le danger me paraît plus sérieux que pour les présentations qui nécessitent l'emploi des instruments.

« Chez la femme Dessioux, je me mis en devoir d'essayer aussitôt mon arrivée et après examen, mais toutes mes tentatives furent inutiles pour trouver le second pied.—Je les renouvelai cependant avec persévérance ; et quand j'étais obligé de prendre du repos, j'étais suppléé par M. Latreille qui s'épuisait, comme moi, en efforts inutiles, peut-être à cause du long temps depuis lequel les eaux de l'amnios étaient évacuées.

« Ces difficultés insurmontables me rappelèrent un fait en tout semblable à celui-ci, qui s'était passé le 26 mai 1835. Il s'agissait de la femme de M. Valentin Fradin, percepteur à Gençay. Cette jeune dame, parfaitement bien constituée, en était à son quatrième accouchement. Celui-ci était double. Déjà un enfant, qui vit encore, était venu naturellement. L'autre présentait un bras, je tentai la version ; j'amenai un pied sans pouvoir jamais trouver l'autre. M. Barrot, appelé, ne fut pas plus heureux ; M. Barillau, directeur de l'Ecole de médecine de Poitiers, n'eut pas plus de chance. Alors à nous trois, et en présence d'une impossibilité bien constatée, nous décidâmes que nous mutilerions l'enfant et que nous en ferions l'extraction en dehors des règles tracées. Ce fut M. Barrot qui fit l'amputation des membres ; ce fut moi qui fis ensuite l'extraction de l'enfant avec des crochets. La femme mourut douze heures après.

« M. Latreille, bien convaincu, du reste, à l'inspection du cordon ombilical sans battements, que l'enfant n'existait plus, pensa que nous devions agir de la même manière pour la femme Dessioux, et me proposa de faire l'amputation des membres. Je voulus lui céder les instruments en sa qualité de médecin ordinaire de la malade, mais il insista, et j'opérai.

« Ces préliminaires accomplis, nous essayâmes encore longtemps l'un après l'autre, tantôt avec des crochets, tantôt avec la main seule, sans pouvoir terminer l'accouchement ; enfin, énervés, à bout de forces, n'en pouvant plus, ce que comprendront parfaitement ceux qui ont manœuvré ainsi plusieurs heures durant dans un organe dont les constrictions font souvent sur la main d'un opérateur l'effet d'un étau, nous fûmes obligés de quitter la malade, à laquelle nous ne pouvions plus être d'aucun secours, et nous remîmes les nouvelles tentatives au lendemain matin de bonne heure, *en laissant la sage-femme auprès d'elle.* Toutefois, j'engageai M. Latreille à revenir avec M. Pergot, et je promis de revenir avec M. Gresser.

« Le lendemain matin, sur le refus de M. Gresser, qui s'était trouvé obligé d'aller d'un autre côté, j'amenai M. Barrot auprès de la malade ; M. Latreille nous y avait précédés de quelques instants, et il n'amenait pas M. Pergot, qui avait quitté Usson depuis quelques jours.

« La femme Dessioux ne parut pas à M. Latreille et à moi plus malade que la veille. Elle nous demanda à grand cris l'emploi du chloroforme pour ne pas souffrir pendant l'opération, et unanimement nous résistâmes à cette demande, quoique nous fussions pourvus de tous les appareils nécessaires.

« M. Barrot, nouvel arrivé, essaya comme nous sans succès d'atteindre le second pied ; il ne put jamais y parvenir pour opérer la version, que les

amputations de la veille n'eussent pas empêchée. Alors il continua les mutilations pour débarrasser la femme de ce corps étranger, et ce fut sur la tête qu'il les pratiqua en amenant l'enfant par cette extrémité, labourée par la main et les crochets. — Je note ici que M. Barrot nous annonça de suite que l'enfant, que nous avions jugé mort, n'aurait jamais vécu, attendu qu'il avait une hydrocéphale.

« La femme Dessioux, délivrée, fut placée dans un autre lit, aux dispositions duquel nous avions présidé. Elle nous parla et prit en notre présence quelques cuillerées d'eau sucrée, et nous ne la quittâmes qu'après nous être parfaitement entendus sur les recommandations à faire, que le mari accueillit en nous remerciant sincèrement. Il paraît que néanmoins la femme Dessioux a succombé dans la journée. »

D'après cet exposé, qui ne paraît pas avoir souffert de contradictions, il était évident que, placés en face d'un cas très-difficile et très-grave, les deux premiers médecins avaient fait consciencieusement tout ce qu'ils avaient pu, et qu'après avoir échoué, ils avaient accompli un douloureux devoir en réclamant les lumières et le secours d'un troisième consultant. Aussi la chose n'eut pas d'abord d'autres suites; mais deux mois après, le mari, se ravisant, lança contre eux une plainte, en date du 28 avril, où la mort de sa femme était attribuée à l'imprudence qu'ils auraient commise :

1° En mutilant l'enfant ;

2° En levant leur séance de consultation, le 26 février dans la soirée.

M. Thiaudière a discuté lui-même ces deux accusations avec beaucoup de force et de raison; mais comme il était partie dans l'affaire, nous préférons donner les consultations délivrées à cet égard par MM. Cazeaux, Velpeau et P. Dubois; tout y a été dit, et si bien dit, qu'il nous paraît superflu d'y rien ajouter.

Consultations de MM. Cazeaux et Velpeau.

Je soussigné, membre de l'Académie impériale de médecine et professeur agrégé de la Faculté de Paris, certifie qu'après avoir lu avec la plus grande attention l'exposé des faits relatifs à l'accouchement de la femme Dessioux, exposé rédigé par M. le docteur Thiaudière, je suis resté convaincu que, dans les soins donnés à cette dame, M. Thiaudière et ses collègues ont donné des preuves incontestables de leur savoir et de leur dévouement.

Les graves difficultés qu'ils ont rencontrées sont malheureusement assez ordinaires dans cette mauvaise présentation de l'enfant, et il faut convenir avec franchise que, dans la plupart des cas semblables, l'issue de l'accouchement a été fatale.

Je déclare qu'à mon avis il fallait d'abord, comme cela a été fait : 1° tenter la version par les pieds ; 2° celle-ci étant impossible par la violence des contractions utérines ; mutiler l'enfant après avoir constaté sa mort.

Une question se présente :

M. Thiaudière et ses collègues, épuisés de fatigue, ont-ils commis une imprudence blâmable en confiant la femme aux soins d'une sage-femme pendant la nuit du 26 au 27 février? Nous n'hésitons pas à penser qu'après un travail aussi pénible, il était utile de laisser reposer la femme; qu'en prolongeant outre mesure des tentatives jusqu'alors infructueuses, on se fût exposé à épuiser les forces de la malade et à la voir succomber par épuisement nerveux.

Dans un cas analogue, dans lequel M. Paul Dubois et moi avions été appelés en consultation, nous crûmes devoir, après plusieurs heures de manœuvres infructueuses, laisser reposer la malade depuis une heure du matin jusqu'à huit, et ce fut seulement à ce dernier moment que nous pratiquâmes l'embryotomie.

Quant à l'amputation du bras, la plupart des praticiens ne la croient pas indispensable ; aussi est-il de précepte de ne jamais la pratiquer lorsque le fœtus est vivant, car les difficultés que la procidence du membre oppose à

la version sont en général facilement surmontées; mais la question n'est plus la même lorsque le fœtus a cessé de vivre.

Uniquement, en effet, préoccupé des intérêts de la mère, l'accoucheur peut se débarrasser de tout ce qui le gêne, et si la présence du bras tuméfié lui paraît pouvoir ajouter aux difficultés, on ne saurait le blâmer d'en pratiquer l'amputation.

Dans bien des cas, cette opération préalable rendra la version plus facile et moins douloureuse pour la mère.

Je crois donc devoir complétement approuver la conduite suivie par nos honorables confrères.

Paris, ce 19 juillet 1853. P. CAZEAUX.

J'accepte, comme mon opinion propre, l'énoncé ci-dessus.

26 juillet 1853. VELPEAU.

Consultation de M. Paul Dubois.

S'il m'est permis de juger, par l'exposé des faits que M. le docteur Thiandière a mis sous mes yeux, de la conduite que mes honorables confrères ont tenue dans les circonstances graves pour lesquelles leur assistance a été réclamée, je crois pouvoir déclarer consciencieusement qu'ils n'ont commis aucune faute au point de vue de l'art, ni aucune imprudence au point de vue de la loi.

Il me sera facile de justifier cette déclaration.

Deux faits paraissent avoir été considérés comme constituant, l'un une infraction aux préceptes de l'art, l'autre une imprudence grave.

Le premier consisterait en ce qu'ils auraient opéré des mutilations inutiles et dangereuses;

Le second en ce qu'ils se seraient retirés pendant plusieurs heures après des opérations multipliées et avant d'avoir délivré la malade.

Il est vrai que, dans la plupart des cas de présentation du tronc du fœtus compliquée de la sortie d'un ou de plusieurs membres, l'ablation de ces parties est condamnée comme cruelle et funeste si l'enfant est vivant, et comme inutile s'il est mort; mais jamais les accoucheurs instruits et expérimentés n'ont eu la pensée de la proscrire d'une manière absolue dans le dernier de ces deux cas. Il est certain, en effet, qu'elle peut quelquefois rendre possibles des manœuvres qui ne l'étaient pas auparavant, et à l'aide desquelles l'enfant sera extrait un peu plus tard.

La considération attentive des faits m'autorise à dire qu'il en pouvait être ainsi dans les circonstances qui donnent lieu à la poursuite actuelle. En effet, l'enfant était mort depuis longtemps, et l'absence, de toute pulsation dans le cordon ombilical, sorti dès le début du travail ne pouvait laisser aucun doute à cet égard; il ne s'agissait donc plus que d'extraire un corps étranger, et dès lors toutes les mutilations possibles étaient licites pour peu qu'elles fussent inoffensives pour la mère, et qu'elles parussent utiles à la terminaison de l'accouchement.

Quant à la retraite temporaire des médecins après des tentatives très-souvent réitérées, extrêmement douloureuses pour la malade et restées définitivement sans résultat, elle n'a rien qui ne soit conforme à la conduite habituelle des accoucheurs en pareil cas.

L'épreuve longue et pénible à laquelle la patiente venait d'être soumise pouvait, sans doute, inspirer des craintes pour l'avenir, mais elle n'impliquait aucun danger imminent, elle n'exigeait point de soins particuliers et urgents, et elle ne rendait en aucune façon nécessaire la présence des hommes de l'art. Il ne faut pas oublier, d'ailleurs, que la malade était restée confiée à la surveillance d'une sage-femme, et cette précaution suffisait certainement.

Il résulte de ce qui précède que d'honorables confrères ont été appelés pour un de ces cas graves de chirurgie obstétricale, contre lesquelles les ressources de l'art, même les mieux appliquées, sont parfois insuffisantes. Ils ont employé tout leur savoir, toute leur habileté, tout leur zèle, afin de triompher des difficultés qui se présentaient. Ils n'ont pu accomplir

qu'une partie de leur tâche, puisqu'ils n'ont pu sauver la pauvre malade, qui avait réclamé leur assistance, mais ils n'en sont pas moins restés fidèles aux préceptes de la science et aux devoirs de la charité chrétienne; telle est du moins mon opinion très-consciencieuse.

Paris, ce 17 juillet 1853. P. DUBOIS,
Doyen de la Faculté de médecine de Paris.

En présence de semblables témoignages, le doute n'était plus possible sur l'issue de ces regrettables poursuites. Après une expertise contradictoire demandée, par le parquet de Poitiers, à M. Tardieu et à deux autres de ses collègues, se basant sur des conclusions, toujours conformes, la Chambre des mises en accusation a rendu une ordonnance de non-lieu.

Si le déni de justice des malades envers leur médecin est le même dans tous les pays, il est encore certaines contrées où nos confrères ne trouvent pas dans une magistrature éclairée une barrière contre d'aussi injustes prétentions. Ainsi, on trouve dans le Journal de Boston que le docteur Josiah Crosby, chirurgien distingué de Manchester (Etats-Unis), a refusé de réduire une fracture si le malade ne s'engageait par écrit à ne pas le poursuivre dans le cas de non-réussite. C'est, en effet, le procédé le plus sûr à mettre en usage pour éviter une foule de désagréments. La rage d'exiger du chirurgien, aux Etats-Unis, des dommages-intérêts pour une opération malheureuse, ne peut être comparée qu'aux poursuites intentées aux Compagnies de chemins de fer. Les jurys les condamnent toujours.

Un professeur de chirurgie d'une des plus anciennes et des plus respectables écoles de médecine de la Nouvelle-Angleterre s'est vu récemment accusé d'*inhabileté opératoire*, et, pour ce, condamné à payer 800 dollars (4,000 francs). Ces faits sont devenus si communs — ajoute le Journal de Boston, à qui nous empruntons ce trait de mœurs américaines — qu'on devrait mettre en vente des blancs seings prêts à être remplis devant le juge de paix lorsque le chirurgien est appelé.

Voici le programme des prix decernés par l'Académie des sciences pour es travaux adressés au concours des prix de médecine et de chirurgie :

Une récompense de 2,000 fr. 1° à M. Kœlliker pour son travail sur l'*Anatomie microscopique des tissus* et le *Manuel de l'anatomie générale de l'homme*; — 2° à MM. Charles Robin et Verdeil pour leur ouvrage intitulé: *Traité de chimie anatomique et physiologique*; — 3° à M. Magnus Hus pour son *Traité de médecine sur l'alcoolisme chronique*; — 4° à M. Morel pour son *Traité théorique et pratique des maladies mentales*; — 5° à M. Sestier pour son *Traité de l'angine laryngée œdémateuse*; — 6° à M. Vidal (de Cassis) pour son *Traité des maladies vénériennes*; — 7° à M. Giraldès pour son *Mémoire sur les kystes muqueux du sinus maxillaire*; — 8° à M. Guibourt pour son *Histoire naturelle des drogues simples*; — 9° un encouragement de 1,200 fr. à MM. Becquerel et Vernois pour leur *Mémoire sur la composition du lait de la femme dans l'état de santé et de maladie*.

Une récompense de 1,000 fr. 10° à M. Abeille pour son *Traité des hydropysies et des kystes*; — 11° à M. Bouchut pour son *Traité pratique des maladies des nouveau-nés et des enfants à la mamelle*; — 12° à M. Willemin pour son *Mémoire sur le bouton d'Alep*; — 13° à M. Gubler pour son *Mémoire sur une nouvelle affection de foie liée à la syphilis chez les enfants du premier âge*; — 14° à M. Bassereau pour son *Traité des affections de la peau symptomatiques de la syphilis*; — 15° à M. Gosselin pour ses *Etudes sur l'opération de la cataracte par abaissement*; — 16° à M. Fontan pour ses *Recherches sur les eaux minérales des Pyrénées*; — 17° à feu M. Réveillé-Parise pour son *Traité hygiénique de la vieillesse*.

Un encouragement de 500 fr. 18° à M. Reinoso pour son *Mémoire sur la présence du sucre dans les urines*, etc.; — 19° à M. Lecanu pour ses *Etudes sur le sang et sur les urines*; — 20° à M. Mouriès pour son *Mémoire sur le phosphate de chaux dans ses rapports avec la nutrition des animaux*, etc.

Le prix de physiologie expérimentale a été accordé à M. Cl. Bernard, pour des expériences qui mettent en lumière une propriété inconnue du système ganglionnaire, laquelle consiste en ce que la portion cervicale du grand sympathique exerce une influence manifeste sur la température des

parties auxquelles ses filets se distribuent en accompagnant les vaisseaux artériels.

La Société de médecine de Caen, puissamment encouragée par le brillant résultat de ses deux derniers concours, d'où sont sortis des travaux dignes de figurer avec le plus grand honneur dans la littérature médicale moderne, a pensé qu'après avoir obtenu d'abord une juste appréciation de la médecine physiologique et ensuite l'établissement d'une doctrine médicale fondée sur l'état actuel de la science, il lui restait encore une dernière lacune à combler et qui doit être considérée comme le complément indispensable des deux concours précédents : ce serait de présenter un tableau succinct, ou une espèce d'inventaire des progrès irrévocablement acquis au domaine des connaissances médicales depuis le commencement de ce siècle jusqu'à nos jours, n'envisageant ces progrès qu'au point de vue de la pratique de la médecine et de la chirurgie seulement.

C'est pour arriver à ce but que, dans sa séance du 17 janvier 1854, la Société a proposé la question suivante : « Exposer d'une manière générale et « sommaire les progrès réels qu'a faits l'art de guérir depuis le commence- « ment de ce siècle, spécialement sous le rapport de la pratique; faire de ces « progrès une appréciation judicieuse fondée sur l'experience, et indiquer « ceux qui restent encore le plus à désirer. »

Les mémoires, écrits lisiblement en français ou en latin, devront être adressés dans les formes ordinaires à M. Etienne, secrétaire de la Société avant le 1er mars 1855. Le prix sera une médaille d'or de 300 fr. Indépendamment de la question qui précède, la Compagnie propose encore un prix spécial sur la topographie médicale du département du Calvados ou de quelqu'une de ses contrées. — Ce prix consistera dans une médaille d'or de la valeur de cent francs et sera décerné en 1855. Les mémoires devront être remis aussi avant le 1er mars 1855.

La Société de médecine de Nîmes met au concours pour l'année 1855 la question suivante : « Quels sont les moyens thérapeutiques qui, employés dès le début dans les fièvres graves, peuvent le plus sûrement en enrayer la marche. » Le prix sera une médaille d'or de la valeur de 200 fr. Les Mémoires devront être envoyés, franco, selon les formes académiques, avant le 1er mars 1855, au siége de la Société, Hôtel-de-Ville, à Nîmes.

Depuis le début de l'année, nous n'avons pas publié de bulletins sanitaires, considérant l'épidémie du choléra comme terminée; nous ne saurions, en effet, regarder comme continuant l'épidémie les quelques cas disséminés qui se sont montrés tant en ville que dans les hôpitaux. Dans la dernière semaine de janvier, en particulier, 6 nouveaux cas, dont 3 seulement venant de l'extérieur, ont été constatés dans les hôpitaux, et, sur ce nombre, il y a eu 2 décès. Depuis cette époque, si nous sommes bien informés, le nombre des nouveaux cas a été moins considérable encore. En résumé, à la fin de janvier, on comptait dans les hôpitaux, depuis le début de l'épidémie, 980 cas, dont 453 ont été suivis de mort. Nous pouvons ajouter que les documents statistiques réunis par l'administration de l'assistance publique établissent pour la fréquence de la diarrhée prodromique la proportion des quatre cinquièmes au moins; il n'y aurait donc eu dans l'épidémie antérieure qu'un cinquième au plus des cas dans lesquels la diarrhée aurait fait défaut.

On assure que notre compatriote, M. le docteur Fauvel, médecin sanitaire à Constantinople, va être chargé d'inspecter les hôpitaux et d'organiser le service médical de l'armée du Danube, qui laisse beaucoup à désirer.

Le rédacteur en chef, E. DEBOUT.

THÉRAPEUTIQUE MÉDICALE.

ESSAIS SUR QUELQUES SUCCÉDANÉS ANTIPÉRIODIQUES DU QUINQUINA.

Par M. J. Delioux, médecin en chef de la marine à Cherbourg.

Non-seulement Paris et les localités exemptes d'endémie paludéenne ne sont point, comme l'a dit avec une haute raison M. Michel Lévy, le terrain normal de l'expérimentation des fébrifuges, leur valeur ne peut non plus être définitivement jugée dans les fièvres simples, qui souvent sont curables par les plus pâles succédanés du quinquina, qui souvent guérissent d'elles-mêmes et s'éteignent sans traitement. Il faut éprouver la vertu de ces succédanés dans les fièvres graves et tenaces nées sous le coup de l'impaludation. Et qu'on ne vienne point citer, à titre décisif, en faveur de tel ou tel fébrifuge, des cas de réussite après l'insuccès constaté des préparations quiniques ou arsenicales ; ce sont là des faits exceptionnels, relatifs parfois à l'état réfractaire de quelques idiosyncrasies à l'égard de certains médicaments, mais qui s'expliquent plus fréquemment par l'accoutumance de l'économie à la quinine, dont l'action s'use, comme celle de tous les médicaments longtemps continués. Les succédanés n'ont donc qu'une opportunité éventuelle dans les fièvres rebelles qui ont épuisé les bienfaits du quinquina, même ceux de l'arsenic, et à ce point de vue ils méritent d'être pris en considération ; mais aucun de ceux qui ont été expérimentés jusqu'ici ne peut prétendre à la prépondérance de ces deux dernières substances, qui triomphent presque constamment du périodisme des fièvres vierges de toute médication. Aussi, en présence de toute maladie périodique, la première indication qui surgira aux yeux du praticien, ce sera l'emploi de la quinine ; si la quinine échoue, ou si des considérations tirées de l'état de fortune du malade font songer à l'application d'un traitement moins dispendieux, à moins de préventions obstinées, l'arsenic vient s'offrir comme le succédané de la quinine le plus digne d'intérêt; et, à son défaut enfin, arrivent dans leur rôle secondaire mais important encore, puisqu'ils ont une efficacité relative, les autres succédanés reconnus capables d'enrayer la périodicité morbide. Viennent maintenant les récidives : c'est alors que l'on peut, avec avantage, substituer l'arsenic au quinquina, et réciproquement, suivant que la priorité a été donnée à l'un ou à l'autre au début du traitement, ou les écarter tous deux pour se confier à l'essai empirique des autres fébrifuges. Toutefois, que l'on insiste sur un seul remède, ou que

l'on alterne l'emploi de plusieurs, les meilleures garanties que l'on puisse donner aux malades contre les retours désespérants des fièvres paludéennes se déduisent de l'usage persévérant d'un régime analeptique et d'une médication tonique et reconstituante, dont les amers sont des éléments utiles, mais dont les bases fondamentales sont les ferrugineux et les préparations les plus substantielles de l'écorce de quinquina.

Je n'ai nullement l'intention de passer en revue tous les médicaments qui ont été vantés, — vantés, c'est le mot, mais non sérieusement éprouvés, — dans le traitement des fièvres intermittentes. Que l'on ouvre un traité de matière médicale tant soit peu riche en recherches bibliographiques, et l'on verra que les trois quarts des agents thérapeutiques ont été préconisés comme fébrifuges ; il n'y aurait qu'un mérite de patience et aucun profit à en faire le long et fastidieux relevé. Ce qui peut seul aujourd'hui intéresser la pratique, c'est que chaque médecin placé sur un terrain favorable à l'expérimentation apporte le tribut pur et simple de ses observations personnelles sur les médications antipériodiques dont il aura constaté les effets. Que l'on me permette de joindre l'exemple au conseil, en consignant ici, sur quelques succédanés du quinquina, le résultat d'expériences faites à l'hôpital maritime de Rochefort, c'est-à-dire au sein d'une endémie paludéenne bien caractérisée, et, par conséquent, dans les meilleures conditions pour juger la valeur des médications fébrifuges.

1° *Salicine et phlorizine.* — Ces deux substances, la première surtout, ont eu un instant de vogue. Je ne les ai pas employées, faute de les avoir eues à ma disposition. J'en dirai un mot cependant, parce que j'ai eu connaissance d'expériences faites, dans les hôpitaux de Brest et de Rochefort, par mes honorables collègues de la marine. Ces expériences n'ont été nullement favorables à la salicine et à la phlorizine ; leur efficacité a été reconnue si faible, si problématique, que l'on a depuis longtemps renoncé à l'invoquer, surtout à Rochefort où l'on n'a pas de temps à perdre dans l'essai de fébrifuges douteux ou incertains. Dans ce dernier port, on m'a également communiqué des observations relatives à la poudre de houx, dont l'emploi n'a été suivi d'aucun avantage sérieux. J'ai donc regardé la question pratique comme bien jugée contre la salicine, la phlorizine et l'ilicine ; je ne soupçonne point que personne aujourd'hui songe à rappeler de ce jugement. La salicine, et ce sera son déshonneur, a plus servi à falsifier le sulfate de quinine qu'à guérir les malades.

2° *Chloroforme.* — Au moment où les merveilleuses propriétés physiologiques du chloroforme impressionnaient vivement les esprits,

j'étudiais ses propriétés thérapeutiques dans divers cas morbides, et je fus ainsi conduit à rechercher quelle influence il eût pu exercer sur la marche des fièvres intermittentes. J'ai fait connaître antérieurement mes expériences dans un Mémoire adressé à l'Académie de médecine, le 26 mars 1850, et publié par les Archives générales de médecine (4e série, t. 23, p. 51). J'ai démontré que ce précieux médicament unit à ses propriétés anesthésiques, antispasmodiques et sédatives, une puissance antipériodique digne d'être notée. Mes observations ultérieures ont confirmé l'opinion favorable que j'avais conçue à cet égard. Des fièvres que nulle autre médication n'avait primitivement influencées, des fièvres infructueusement traitées par la quinine ou l'arsenic, ont cédé au chloroforme. A côté de ces succès probants en faveur de sa vertu antipériodique, plus d'un insuccès a été constaté ; aussi nous empressons-nous de le dire, comme on ne saurait trop le répéter à propos de tous les succédanés de la quinine et de l'arsenic, il n'a, dans l'espèce, qu'un mérite secondaire ; c'est assez pour lui de pouvoir s'inscrire au nombre des agents susceptibles d'enrayer les fièvres peu tenaces ou peu graves, ou celles qui ont résisté à l'action du quinquina, usée par l'habitude ou annulée par l'état réfractaire de l'idiosyncrasie.

J'administre le chloroforme sous forme de sirop, contenant 5 centigrammes du médicament par gramme d'excipient. La dose est de 20 à 60 grammes de sirop de chloroforme dans une potion gommeuse, que l'on fractionne en plusieurs prises pendant l'apyrexie. La potion chloroformée a une forte saveur, à la fois menthée et éthérée, qui ne répugne point à la généralité des malades ; quelques-uns accusent, en la buvant, une sensation passagère de chaleur dans l'œsophage et l'estomac, et parfois encore une ébriété momentanée, très-rarement suivie de céphalalgie peu intense ; mais, dans la majorité des cas, il n'y a d'appréciable que les effets thérapeutiques.

Je crois devoir rappeler ici quelques conseils que j'ai donnés, dans le travail précité, sur le mode d'administration du chloroforme comme fébrifuge. Il est bon que la dernière prise soit consommée trois ou quatre heures au plus avant le début présumé de l'accès. Lorsqu'un trop long intervalle s'est écoulé entre l'ingestion de la potion et l'accès, l'effet antifébrile a moins de chance d'être obtenu : ce que j'explique par l'action fugitive, la portée plus courte du chloroforme comparativement à la quinine. Il m'arrive souvent, dans les fièvres tierces et quartes opiniâtres, de donner le médicament tous les jours, en forçant la dose le jour de l'accès ; je le continue pendant quelques jours après le dernier accès observé, à doses décroissantes; et enfin, le septième et le quatorzième jour de l'apyrexie, je reprends l'usage d'une ou deux

potions chloroformées, tant pour parfaire la guérison que pour prendre quelques garanties contre les récidives.

3° *Café.* — J'ai beaucoup employé le café, et j'ai trouvé en lui l'un des meilleures fébrifuges. Je n'ai pu me procurer assez de caféine pour l'expérimenter, et je ne puis dire, par conséquent, si c'est à cet alcaloïde que le café doit ses propriétés fébrifuges. Je serais pourtant assez disposé à le croire, d'autant plus que le café torréfié, dans lequel la caféine est en grande partie détruite, est loin de posséder une puissance fébrifuge égale à celle de la graine dans son état naturel. Aussi n'est-ce point à l'infusion ordinaire que j'ai recours, mais bien à une décoction de café, que j'emploie des deux manières suivantes :

A. En décoction concentrée : on prend 30 à 60 grammes de graines de café que l'on fait bouillir dans 500 grammes d'eau, jusqu'à réduction du tiers ou même des deux tiers du liquide ;

B. En décoction étendue, ou tisane : 30 grammes de graines suffisent d'ordinaire pour 1,000 grammes d'eau, dont l'ébullition enlève 100 ou tout au plus 200 grammes.

Pour ces deux préparations, il faut concasser la graine, afin que l'eau en sépare plus facilement toutes les parties solubles, et, après avoir laissé bouillir le temps qu'on juge nécessaire, passer la décoction à travers un linge. On édulcore, et l'on obtient ainsi une boisson qui n'a rien de déplaisant au goût.

La décoction concentrée se donne dans l'apyrexie, peu d'heures avant l'accès à venir. Elle peut suffire à couper la fièvre, si l'on a affaire à une fièvre légère, surtout d'origine non paludéenne ; elle peut même réussir dans les cas plus graves, là, par exemple, où les fièvres marématiques se perpétuent, et ne sont plus influencées par le quinquina.

La décoction étendue, que j'ai l'habitude d'appeler *tisane de café*, agit dans les mêmes circonstances de la même manière ; mais, comme elle est généralement prise par les malades avec moins de régularité, elle peut manquer son effet.

Si le café ne doit réellement être considéré que comme un antipériodique un peu faible, on ne saurait, en revanche, lui refuser le pouvoir de soutenir l'action du quinquina. C'est à ce titre que je le recommande ; je me suis parfaitement trouvé de soumettre les fébricitants à l'usage simultané des préparations quiniques et de la tisane de café, comme boisson journalière. Fréquemment, chez les sujets en proie aux retours opiniâtres des paroxismes fébriles de la cachexie paludéenne, qui ne retiraient aucun bénéfice de l'usage isolé du quinquina ou du café, l'union de ces deux médicaments, renforcés l'un par l'autre, enlevait radicalement le périodisme.

La décoction de café non torréfié ne m'a jamais paru exciter le système nerveux et provoquer l'insomnie, comme le fait l'infusion de café noir chez beaucoup de personnes. Ce fait, qui mérite d'être noté, milite encore en faveur d'une méthode thérapeutique qui se présente ainsi exempte des plus légers inconvénients dont on aurait pu l'accuser.

4° *Tannin et substances tannifères.* — Il est digne de remarque que l'on a très-souvent recherché et trouvé des succédanés du quinquina parmi les substances qui contiennent du tannin ; exemples : les écorces de tulipier et de marronnier d'Inde, les feuilles d'olivier. De plus, la plupart des principes immédiats d'origine végétale qui ont été signalés comme fébrifuges existent dans les plantes à côté du tannin, spécialement dans les écorces, qui en sont plus richement pourvues que toutes les autres parties ; telles sont : la salicine dans l'écorce de saule, la phlorizine dans l'écorce de racine de pommier, la liriodendrine dans l'écorce du tulipier, la berbérine dans l'écorce de la racine d'épine-vinette, la quinine et la cinchonine elles-mêmes dans les cinchonas. Lorsque la substance entière de ces écorces est prescrite contre les fièvres d'accès, il est très-probable que le tannin accroît l'action thérapeutique de ces principes immédiats, car, je le tiens, avec plusieurs autres expérimentateurs, pour antipériodique par lui-même ; il est même très-possible qu'à lui seul il procure, dans certains essais, tout le bénéfice de la médication, sans y être aidé par des principes mal définis et d'une action faible ou douteuse : toujours est-il qu'il imprime à la médication un caractère de tonicité favorable à la consolidation de la cure.

Ceci m'amène naturellement à approuver, comme très-rationnelle, l'union du tannin avec la quinine. A l'époque où le nouveau fébrifuge, préconisé par M. Bareswill, fut soumis à l'examen de l'Académie de médecine, je n'étais plus en position d'expérimenter sur des fièvres franchement paludéennes ; toutefois, j'ai pu depuis, à Cherbourg, l'administrer contre quelques fièvres d'accès, et je n'ai eu qu'à me louer de son emploi. Je crois fermement que le tannin est destiné à renforcer l'action de la quinine ; je crains seulement que l'insolubilité du tannate de quinine nuise, sinon à l'efficacité, du moins à la promptitude de ses effets ; aussi, comme règle générale, il devrait être conseillé, à mon avis, de donner ce sel beaucoup plus longtemps avant l'accès que les sels solubles de la même base. Mais qu'il soit démontré que le tannate de quinine est complétement absorbable, soit qu'il passe dans les secondes voies à l'état pulvérulent, soit, ce qui serait beaucoup plus satisfaisant, que les humeurs digestives le réactionnent de façon à l'amener à l'état soluble, alors aucune objection sérieuse ne lui sera plus

adressée, et un brillant avenir lui sera assuré dans la thérapeutique des fièvres à quinquina.

Revenant au tannin pur, je répéterai que je lui ai reconnu des propriétés antipériodiques très-manifestes, à la dose moyenne d'un gramme entre les accès. Mais si, dans le traitement des fièvres intermittentes, il est loin d'avoir une portée égale à celle de la quinine, je lui ai reconnu une supériorité marquée pour combattre un accident ordinairement frappé au coin de la périodicité, la sueur nocturne. Cette déperdition sudorale, le plus souvent bornée aux parties supérieures du corps, qui apparaît chez les phthisiques et menace, par la débilitation qu'elle occasionne, d'avancer le terme fatal, je l'ai vue maintes fois céder plus facilement et plus promptement au tannin, à la dose de 50 à 60 centigrammes, qu'au sulfate de quinine; en même temps le premier de ces médicaments modère mieux que le second le paroxysme fébrile du soir, à la suite duquel se déclare la sueur nocturne.

Je prescris le tannin en pilules de 10 centigrammes. Il est irrationnel de l'unir à l'opium, dont il précipiterait les alcaloïdes à l'état insoluble. Il ne serait pas plus logique de donner concurremment le tannin et l'opium aux phthisiques en proie aux sueurs nocturnes, le dernier portant à la peau et pouvant ainsi annuler le bienfait que l'on attend du premier.

(La fin à un prochain numéro.)

THÉRAPEUTIQUE CHIRURGICALE.

DU VARICOCÈLE CHEZ LA FEMME ET DE SON TRAITEMENT.

Dans un premier travail (1) sur l'anatomie et la pathologie des grandes lèvres, j'ai consacré un court chapitre au varicocèle de la femme.

La science ne possédant sur ce sujet que des documents fort incomplets, j'ai dû me borner à quelques considérations sur le siége probable de ces tumeurs variqueuses. En tenant compte de la forme de ces tumeurs, de leurs connexions avec l'anneau externe et avec le canal inguinal, j'ai été conduit à admettre qu'elles sont situées dans l'intérieur du *sac dartoïque*. On sait que ce sac, découvert par M. Broca, est, chez la femme, l'analogue du dartos de l'homme, et cette analogie même était un argument de plus en faveur de ma manière de voir sur le siége du varicocèle de la femme. Enfin, comme démonstration plus directe, je citai une observation communiquée à la Société anatomique

(1) Morpain, Etudes anatomiques et pathologiques sur les grandes lèvres, thèse inaug., Paris, 1852, p. 41 et suiv.

par M. Cruveilher, à une époque où on ne soupçonnait pas l'existence du sac dartoïque, et où pourtant on trouva que les veines variqueuses de la grande lèvre étaient recouvertes d'une membrane entièrement semblable, par tous ses caractères, à ce que nous nommons aujourd'hui la paroi antérieure du sac dartoïque.

Etablir une semblable similitude entre le varicocèle de l'homme et celui de la femme, c'était laisser entrevoir que ces deux affections étaient susceptibles de se prêter à des traitements analogues. Retenu, par la nature même du cadre que je m'étais tracé, sur le terrain de l'anatomie pathologique pure, je ne crus pas devoir m'occuper de la question thérapeutique. Cette réserve, du reste, m'était imposée par l'impossibilité où j'étais de m'appuyer sur des faits. — Aujourd'hui, il n'en est plus de même : l'honorable rédacteur en chef de ce journal, M. le docteur Debout, a bien voulu me communiquer deux faits qu'il a observés, l'un dans sa pratique, l'autre à l'hôpital Beaujon, dans le service de M. Huguier. Je m'empresse de publier ces cas intéressants, en y ajoutant quelques remarques.

Obs. I. *Varicocèle de la grande lèvre droite. — Onctions mercurielles. — Compression. — Guérison.* — La nommée Elisa M..., femme forte et robuste, âgée de trente-neuf ans, exerçant la profession de blanchisseuse, fut reçue au Dispensaire, au commencement de mai 1847, pour y être traitée d'une hémorrhagie produite par la rupture d'une varice. — Cette femme était enceinte de son dixième enfant, aussi la dilatation variqueuse des veines de toute la partie sous-ombilicale du corps était fort considérable ; membres inférieurs, vulve, paroi abdominale présentaient des flexuosités nombreuses. — La perte de sang fut assez considérable ; cependant le repos au lit, joint à la compression du membre, et surtout son élévation, à l'aide d'une chaise renversée placée sous le matelas, triomphèrent de l'hémorrhagie. Vers la fin du mois, la malade accoucha à terme d'un enfant bien portant.

Environ trois semaines après son accouchement, Mme M... vint à la consultation. Les soins que réclamait sa nombreuse famille, et surtout ceux exigés par un de ses enfants malades, l'avaient forcée de se lever immédiatement après ses couches, et, sous l'influence des fatigues qu'elle avait subies, ses varices n'avaient point disparu, comme dans les accouchements précédents. Cette femme venait réclamer un conseil pour une inflammation phlegmoneuse qui s'était manifestée au milieu de la cuisse gauche et aux parties génitales.

Les accidents les plus intenses existaient au côté droit de la vulve ; mais dans les deux points ils reconnaissaient une même cause, l'in-

flammation des nodosités variqueuses. La coagulation du sang dans les veines de la grande lèvre droite permit de suivre la distribution des éléments vasculaires de la tumeur, et M. Debout, à l'aide du toucher, put suivre les dilatations variqueuses des veines du ligament rond qu , de l'anneau inguinal, descendaient dans l'épaisseur de la grande lèvre, pour s'anastomoser avec les dilatations plus nombreuses et plus considérables fournies à la partie inférieure par les honteuses externes. Etait-ce à l'inclinaison de l'utérus gravide vers le côté droit, et par conséquent à la compression plus forte de la veine iliaque droite, qu'était due la dilatation plus considérable des vaisseaux du côté correspondant de la vulve? Cela est probable; cependant cette action mécanique de la position de l'utérus n'avait pu exercer aucune influence sur l'inflammation des vaisseaux. L'état puerpéral dispose aux phlébites; dans le cas soumis à l'observation de M. Debout, il n'y avait d'autre cause occasionnelle que le défaut de propreté et les fatigues.

Quoi qu'il en soit de l'étiologie et de la disposition des éléments vasculaires de la tumeur variqueuse, il importait de combattre l'affection ; car, outre les douleurs ressenties par la femme, le développement de la grande lèvre gênait le mouvement des membres abdominaux. L'état fébrile, bien qu'il pût être rapporté, en grande partie, à l'inflammation phlegmoneuse, fut combattu, par M. Debout, à l'aide des préparations d'aconit. Contre l'état local, notre confrère prescrivit des onctions mercurielles et des cataplasmes. Lorsque les accidents localisés dans le tissu cellulaire furent disparus, on supprima les cataplasmes; les onctions et l'aconit furent continués tant que les caillots ne furent pas résorbés, c'est-à-dire environ cinq semaines.

Nous avons vu que les varices de la vulve étaient celles qui incommodaient le plus la malade. Pour remédier à cette gêne et hâter la résolution de la phlogose veineuse, M. Debout a mis en usage les moyens que l'on emploie avec succès dans le traitement du varicocèle chez l'homme. Après les onctions mercurielles, il faisait appliquer sur la vulve une carde de coton, qui était maintenue par un bandage en T, un peu serré. Grâce à cette compression, la malade ne tarda pas à pouvoir vaquer aux soins de son ménage.

Cette forme de varicocèle observé par M. Debout n'est probablement pas très-rare, quoique les annales de la science n'en contiennent pas d'exemple. La seule mention qui, probablement, s'y rapporte, est la suivante; elle est consignée dans l'intéressant Mémoire de Deneux sur la hernie de l'ovaire : « Nous avons vu plusieurs fois, pendant la grossesse, dit ce savant accoucheur, les ligaments ronds formés, depuis

l'anneau inguinal jusqu'à la grande lèvre du même côté, un bourrelet, de la grosseur du doigt, qui gênait singulièrement les mouvements des membres abdominaux. » Or, dans le travail que nous avons rappelé plus haut, nous avons démontré que le ligament rond ne descendait jamais au-dessous de l'anneau inguinal. Notre étude des parties constitutives de la vulve, et surtout celle des éléments mêmes qui sortent par l'anneau inguinal, nous porte à penser que ce cordon, signalé par Deneux, ne devait être autre chose que la dilatation variqueuse des quelques vaisseaux qui descendent de cette ouverture jusque dans les grandes lèvres.

Mais revenons au côté pratique de la question que nous impose le but que poursuit ce journal. Nous venons de voir comment, au début de l'affection, on pouvait triompher des accidents qui viennent la compliquer. Plus tard, lorsque les dilatations variqueuses demeurent permanentes, que leur grand développement provoque des douleurs et de la gêne, la compression des grandes lèvres par un bandage en T, qu'a employé avec bonheur M. Debout, serait-elle suivie d'un même succès? Nous ne saurions le dire. Si ce moyen échouait, on pourrait alors mettre en usage le procédé opératoire éprouvé dans les cas de varicocèle chez l'homme, c'est-à-dire la section des veines, ainsi que l'a fait M. Huguier dans le cas suivant.

Obs. II. *Varicocèle de la grande lèvre droite. — Application de deux ligatures, à six semaines d'intervalle.—Guérison.*—Le 24 septembre 1850, est entrée, dans le service de M. Huguier, à l'hôpital Beaujon, une malade, nommée Honorine Aubry, journalière, âgée de trente-cinq ans. Cette femme est d'un tempérament lymphatique et sanguin, mais d'une assez forte constitution. Elle a été réglée à dix-huit ans, sans douleur; peu après leur première apparition, les règles ont été suspendues pendant six mois, puis sont revenues abondamment.

Honorine s'est mariée en 1837, elle était alors âgée de vingt-quatre ans; elle devint enceinte seulement en 1841. Au troisième mois de cette grossesse, il lui est survenu des varices à la jambe et à la cuisse, du côté droit, ainsi qu'à la grande lèvre droite; ces accidents étaient accompagnés de douleurs très-vives et ne firent qu'augmenter pendant le reste de la grossesse.

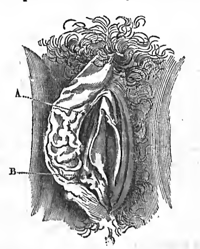
Après l'accouchement toutes ces varices diminuèrent, mais celles de la cuisse seules disparurent. Cette femme put recommencer à marcher, et reprendre ses occupations habituelles.

Deux ans plus tard (1843) Honorine redevint enceinte. Les mêmes varices reparurent dans le membre inférieur droit; celles de la grande lèvre, du même côté, prirent un volume considérable et s'accompa-

gnèrent de douleurs très-violentes, qui redoublaient dans la marche et dans les efforts pour aller à la garderobe.

Au terme naturel de sa grossesse, elle eut un accouchement difficile, mais naturel; cet accouchement fut accompagné d'une hémorrhagie due à la rupture, pendant le travail, de tumeurs hémorrhoïdales, dont la malade, dit-elle, ignorait jusqu'alors l'existence. L'accouchement terminé, les varices du membre inférieur disparurent encore une fois, mais celles de la grande lèvre s'accrurent. Cependant, trois mois après, elle reprit ses travaux. Dans la suite, le varicocèle augmenta toujours, et lui fit éprouver des douleurs si vives, qu'elle se décida à entrer à l'hôpital Beaujon. Au toucher vaginal, on trouva l'utérus un peu plus volumineux qu'à son état normal. La grande lèvre du côté droit est très-volumineuse (diamètre longitudinal, 12 centimètres); elle est proéminente, et présente, de place en place, de petites inégalités, comme de petits tubercules, qui, à leur sommet, ont une coloration bleue; on voit aussi sur l'une et l'autre face, mais particulièrement en avant et en dedans, des espèces de circonvallations, qui sont dues au développement variqueux des veines.

Cette grande lèvre a 3 centimètres à son diamètre transversal; elle masque celle du côté opposé. M. Huguier prescrivit le repos au lit, et fit faire quatre applications de sangsues. Mais ce traitement ne soulageant pas la malade, elle quitta le service.



Revenue chez elle, il lui survint des douleurs aiguës dans la grande lèvre, quand elle voulut marcher; aussi elle se décida de nouveau à entrer, le 11 mars 1852, à Beaujon (n° 379).

En examinant le varicocèle, on trouve que la grande lèvre droite a une dimension verticale de 13 centimètres, et une dimension transversale de 3 centimètres. On voit, en outre, les inégalités et les tubercules bleuâtres dont nous avons déjà parlé. Sous l'influence de la pression, on remarque que cette grande lèvre diminue de volume, se ride, devient flasque et se décolore; elle est mollasse au toucher.

Le 5 avril, M. Huguier comprit dans une ligature, faite avec deux fils de laiton, les veines sinueuses qui rampaient dans la partie supérieure de la grande lèvre A. Cette opération ne fut suivie d'aucun accident; les veines s'affaissèrent, mais la tumeur ne subit qu'une légère diminution.

Le 17 mai, il appliqua une seconde ligature, pratiquée de la même façon, sur les veines de la partie inférieure B; il s'ensuivit de l'œdème de la grande lèvre; la peau s'ulcéra, et la ligature tomba. Bientôt tous les accidents disparurent, les veines s'affaissèrent, et la grande lèvre revint à peu près à ses dimensions normales. Honorine sortit guérie, le 6 juin 1852.

A côté de ces observations, et comme complément anatomo-pathologique, je rappellerai, en résumé, le fait communiqué à la Société par M. Cruveilher (Bulletin de la Société anatomique, 1527; deuxième édition, p. 199).

Obs. III. « En disséquant le corps d'une femme âgée d'environ soixante ans, M. Cruveilher trouva au-devant de chaque anneau inguinal une tumeur oblongue, noueuse, assez consistante; il crut qu'il s'agissait de *deux hernies inguinales épiploïques*.

« Les membres inférieurs de cette femme présentaient une dilatation variqueuse considérable de toutes les veines sous-cutanées; les honteuses externes, les sous-cutanées abdominales étaient variqueuses aussi.

« En disséquant ces tumeurs, M. Cruveilher trouva d'abord, immédiatement au-dessous de la peau, les veines honteuses externes flexueuses et dilatées, qui passaient transversalement au-devant de la tumeur.

« Après avoir enlevé ces veines, il rencontra un plan membraneux assez mou, *grisâtre, fibrillaire, épais d'une ligne, semblable à la tunique musculaire de la vessie;* après avoir incisé ce feuillet, il trouva, au-dessous de lui, une grande veine variqueuse, et autour d'elle plusieurs autres veines flexueuses plus petites. En disséquant ce paquet de bas en haut, il vit les veines variqueuses qui le constituaient entrer dans le canal inguinal, le parcourir de toute sa longueur, suivre la direction du ligament rond, et aller se continuer avec les veines très-volumineuses du ligament large correspondant. La même disposition existait des deux côtés, avec cette différence toutefois qu'il y avait du côté gauche un petit sac herniaire vide placé derrière la tumeur. »

Je présenterai, en terminant, quelques remarques que me suggèrent les observations de MM. Debout et Huguier. On a vu que le procédé opératoire mis en usage par ce chirurgien est celui que M. Vidal em-

ploie pour la cure radicale du varicocèle chez l'homme. Pendant le premier temps, on passe un fil de laiton B, armé d'une aiguille A, derrière le paquet veineux. Les veines sont saisies et poussées en avant et en dehors dans un pli de la peau. Le second temps consiste à passer avec une aiguille moins forte C D, un autre fil en avant des veines. Le fil



qui est antérieur aux vaisseaux une fois placé, on redresse le plus possible celui qui est postérieur, l'antérieur se courbe un peu; les veines sont donc entre les deux fils, lesquels ont leurs extrémités libres. Dans le troi-



sième temps de l'opération, comme chez la femme nous n'avons ni canal déférent ni testicule, le mouvement de torsion peut être plus exagéré, et l'enroulement se fait plus facilement. Je n'insisterai donc pas davantage sur le manuel opératoire.

Je crois être dans le vrai, m'appuyant sur ces divers faits en disant que les veines qui furent oblitérées dans le premier temps de l'opération (*Obs.* II) sont de celles qui sortent par l'anneau inguinal pour se perdre dans le sac, et qui, devenant variqueuses, forment ainsi un *varicocèle* dans toute l'acception du mot. L'absence d'accidents me confirme encore dans mon opinion; car l'on remarqua que la seconde ligature donna lieu à une série de phénomènes qui présentaient un autre caractère, caractère que l'on rencontre surtout quand l'on agit sur des veines variqueuses, ayant des rapports intimes avec les parties voisines; et, comme l'observation de M. Cruveilher le démontre, on peut supposer que, dans ce second temps, on a eu affaire aux veines sous-cutanées, honteuses externes, etc.

Je ne puis encore aujourd'hui tracer qu'incomplétement l'histoire de cette affection; aussi attendrai-je que de nouveaux faits viennent éclaircir quelques points encore obscurs de cette maladie. Les faits que je signale permettront, toutefois, aux praticiens de satisfaire aux indications curatives posées par l'état plus ou moins avancé du varicocèle chez la femme.

A. Morpain, D. M.

VOTE DE LA SOCIÉTÉ DE CHIRURGIE SUR LA QUESTION DU CHLOROFORME.

La Société de chirurgie vient de se prononcer à son tour sur l'innovation la plus heureuse introduite dans la pratique médicale par les découvertes modernes. Après une série de travaux aussi importants que ceux qui se sont produits dans son sein, elle ne pouvait, sans manquer à l'esprit et au but de son institution, se contenter d'avoir livré des documents précieux à la solution de la question et laisser aux praticiens le soin de rechercher dans cette longue discussion, les éléments de conduite dans la pratique de l'anesthésie, sous le fallacieux prétexte de ne pas enchaîner l'avenir de la science. C'est ce qu'a compris la majorité de la Société de chirurgie, en décidant que la fin de la discussion serait marquée par un vote. Restait à le formuler. On pouvait, n'envisageant qu'une partie de la question, émettre seulement une opinion qui sauvegardât la responsabilité médicale et l'avenir de la science ; ou bien, se plaçant au triple point du salut des malades, de la responsabilité des médecins et des progrès de la chirurgie, rédiger une note dans laquelle se trouveraient condensés et exposés, sous forme de propositions, les points esssentiels de la question, qui serait, en quelque sorte, le résumé des recherches du rapporteur, des discussions et des opinions de la Société. C'est ce qu'a fait M. Denonvilliers. Quoique la Société, dans la crainte d'engager l'avenir n'ait pas adopté sa proposition, nous croyons devoir placer sous les yeux de nos lecteurs la note suivante, qu'il avait soumise à son approbation :

I. De même que plusieurs autres agents toxiques usités depuis longtemps en médecine, le chloroforme a causé des accidents graves, et même la mort ; mais ces tristes résultats sont extrêmemens rares eu égard à la quantité innombrable de malades soumis à la chloroformisation, depuis cinq ans que ce nouveau moyen a été introduit dans la pratique chirurgicale.

II. Il est impossible de se prononcer d'une manière absolue sur la valeur de toutes les observations publiées à ce sujet, soit que ces observations ne renferment pas les détails nécessaires, soit que le nom et la position des auteurs ne présentent pas une garantie suffisante ; mais on connaît un certain nombre de cas dans lesquels l'événement a été funeste, quoique le chloroforme eût été administré pur et par des hommes d'une habileté incontestable.

III. Le chloroforme agit directement sur le cœur, dont il peut arrê-

ter instantanément et indéfiniment les contractions. L'influence qu'il exerce sur la respiration est plus douteuse et moins prononcée, et les troubles de cette fonction, quand parfois il en survient, sont faciles à reconnaître et à combattre dès leur origine. L'asphyxie par l'emploi du chloroforme n'est donc pas à craindre, à moins qu'on ne fasse usage de procédés d'inhalation défectueux ou qu'on ne surveille pas la respiration. La syncope, au contraire, est très-redoutable : les accidents qu'elle occasionne ont une invasion si brusque et si imprévue, et leurs progrès sont si rapides, qu'ils mettent de suite la vie en péril ; aussi est-ce à elle qu'il faut imputer la plupart des résultats funestes que déplore la science.

IV. L'analyse des faits montre que les accidents graves ou la mort sont arrivés, soit que le chloroforme eût été administré en forte proportion ou pendant longtemps, soit qu'il eût été administré à faible dose et pendant un temps très-court, soit que les malades fussent déjà affaiblis ou qu'il s'agît d'une grande et longue opération, soit que les malades fussent jeunes, vigoureux, et qu'il s'agît d'une opération légère ou ordinaire quant à sa durée et à sa gravité.

Contre toute prévision, les résultats funestes ont été beaucoup plus souvent observés jusqu'ici dans les dernières conditions que dans les premières ; ce qui porte à penser qu'ils sont dus moins à la concentration ou à la quantité des vapeurs chloroformiques qu'à une susceptibilité particulière des victimes.

Cette susceptibilité est d'ailleurs inconnue dans sa nature et semble n'être que temporaire, puisqu'on a vu succomber à une seconde chloroformisation des individus qui en avaient bien supporté une première quelque temps auparavant.

V. Les accidents ont éclaté, dans un petit nombre de cas, à l'instant même où l'instrument tranchant a été porté sur les parties vivantes. Faut-il en conclure que, malgré l'insensibilité dans laquelle est plongé le malade, l'acte opératoire peut encore imprimer à l'organisme un ébranlement funeste et dont les effets se font immédiatement sentir? La chose n'est pas impossible ; mais des observations plus nombreuses seraient nécessaires pour qu'elle pût être affirmée.

VI. La même incertitude règne touchant la véritable cause des morts survenues dans les vingt-quatre heures qui suivent l'opération et l'administration du chloroforme.

VII. Existe-t-il des circonstances propres à favoriser le développement des accidents chloroformiques, et qui puissent, par conséquent, être considérées comme des contre-indications à l'emploi du chloroforme? La raison indique qu'il existe de telles circonstances ;

mais l'expérience n'a pas encore prononcé à cet égard d'une manière absolue.

L'âge ni le sexe ne sont des contre-indications : le chloroforme peut être administré chez la femme comme chez l'homme, depuis les premiers jours de l'existence jusqu'à la plus extrême vieillesse.

L'hystérie et l'épilepsie ne sont pas non plus des empêchements absolus.

Les maladies du cerveau, du cœur, et des poumons, ne sont des contre-indications qu'autant qu'elles sont très-prononcées.

La faiblesse qui suit les grandes pertes de sang, la prostration qui accompagne les étranglements herniaires datant de plusieurs jours, la commotion et la stupeur causées par les grandes blessures, les écrasements, les chutes d'un lieu élevé, les plaies d'armes à feu compliquées, etc., sont des contre-indications, parce qu'elles favorisent la syncope. Il en est de même de ces craintes exagérées et de cette excessive pusillanimité qui sont naturelles à certaines personnes.

La chloroformisation est aussi contre-indiquée pour toutes les opérations pendant lesquelles le sang peut tomber en abondance dans les voies aériennes.

Les propositions qui précèdent sont générales et non pas absolues, car il faut laisser une certaine latitude au chirurgien dans l'appréciation des circonstances spéciales et impossibles à prévoir qui viennent modifier chaque cas particulier.

VIII. L'utilité de la chloroformisation se mesure, non pas seulement sur la gravité des opérations, mais aussi sur leur durée, leur délicatesse, l'immobilité qu'elles nécessitent et les douleurs qu'elles occasionnent. C'est, du reste, aux malades ou aux familles à se décider après que le chirurgien les a avertis des avantages et des inconvénients de la chloroformisation.

IX. La pureté du chloroforme est une condition désirable, et cette pureté se reconnaît facilement aux signes suivants : 1° il dégage une odeur agréable, comparable à celle de la pomme de reinette ; 2° versé dans le creux de la main, il se volatilise sans laisser après lui l'odeur particulière et nauséabonde de l'huile chlorée ; 3° une goutte qu'on fait tomber dans un verre d'eau se précipite au fond du vase en conservant sa limpidité ; 4° si on le mêle à un peu d'acide sulfurique, il ne subit aucun changement de couleur.

L'appareil destiné à l'administration de l'agent anesthésique doit être disposé de manière à livrer à l'air, tant inspiré qu'expiré, un passage large et facile ; à permettre à la respiration de se faire en même temps par la bouche et par le nez ; enfin, à pouvoir être immédiate-

ment enlevé, afin que le malade soit, au besoin, soustrait aux vapeurs chloroformiques, et respire librement l'air atmosphérique.

Ainsi se trouvent proscrits les appareils appliqués sur la bouche ou sur les narines seules, et ceux qui enveloppent la tête tout entière du malade.

Parmi les appareils qui remplissent le mieux les conditions exigées, figurent : 1° ceux qu'a imaginés M. Charrière ; 2° les éponges taillées en cône creux, et les simples compresses, sur lesquelles on verse le liquide, et que l'on tient à quelque distance de l'entrée des voies respiratoires.

X. Il serait utile de pouvoir doser les vapeurs chloroformiques ; mais, comme l'inhalation doit être faite à l'air libre, ce dosage est impossible dans la pratique.

XI. Le malade qu'on se dispose à chloroformer doit, autant que possible, être placé dans la position horizontale.

XII. Avant de commencer la chloroformisation, il faut calmer le malade, s'assurer qu'il sait respirer naturellement et lui apprendre à le faire s'il ne le sait pas, ce qui est plus commun qu'on ne pense chez les gens qu'on veut faire fonctionner à commandement.

XIII. Le chirurgien doit lui-même présider à la chloroformisation. Son rôle consiste à surveiller l'état général du malade et à observer en même temps la respiration et la circulation. Pour cela, il tient le doigt sur l'artère radiale jusqu'au moment où l'opération commence; alors seulement il cède sa place à un élève instruit, dont la mission est de signaler de temps en temps l'état du pouls et d'en indiquer les variations.

XIV. C'est dans les premiers instants que la chloroformisation présente le plus de danger, et que les précautions doivent être le plus sévères.

XV. On débutera par des proportions très-faibles de chloroforme, et on n'en élèvera la quantité que par degrés, après avoir acquis la certitude qu'il est bien supporté. L'action du chloroforme étant progressive, on parviendra à obtenir l'insensibilité et même la résolution par le seul fait de la continuité des inhalations, sans qu'il soit nécessaire de forcer les doses.

XVI. Si la circulation ou la respiration venait à se troubler, on suspendrait la chloroformisation, pour laisser au malade le temps de se remettre, et l'on recommencerait ensuite. Pour peu que le trouble des grandes fonctions se reproduisît ou acquît une certaine intensité, il serait prudent de renoncer pour l'instant au chloroforme, et peut-être même de différer l'opération si la chose était possible.

XVII. La chloroformisation peut être poussée plus ou moins loin, suivant l'opération que l'on se propose de pratiquer, ou l'effet qu'on veut obtenir; mais, en tout cas, il faut cesser l'administration du chloroforme aussitôt que le malade est plongé dans l'insensibilité et que la résolution s'est établie.

XVIII. S'il était nécessaire de prolonger l'état anesthésique, on pourrait le faire, en revenant avec précaution à l'administration du chloroforme aussitôt que le malade se ranime. On a pu ainsi pratiquer, sans douleur et sans inconvénient pour les malades, des opérations qui n'ont pas duré moins d'une heure. Cependant, toutes les fois que de grandes quantités de vapeurs chloroformiques ont été absorbées, il faut se tenir en garde contre les syncopes consécutives.

XIX. Quoiqu'on n'ait vu que bien rarement des accidents survenir après l'opération, la prudence exige que le chirurgien ne quitte son malade qu'après l'avoir vu parfaitement ranimé.

XX. Dans les cas de syncope grave, voici ce qu'il convient de faire :

1° Placer le malade dans une position fortement inclinée et telle que les pieds soient élevés et que la tête occupe le point le plus déclive;

2° Pratiquer la respiration artificielle au moyen de pressions méthodiques exercées sur les parois thoraciques et abdominales ; faire en même temps ouvrir la bouche du malade, attirer sa langue au dehors, nettoyer et exciter le fond de sa gorge avec le doigt ou avec une spatule ;

3° Faire ouvrir les fenêtres, afin d'introduire dans la chambre un air frais et pur.

Ces moyens ont réussi déjà; mais, si l'on veut en tirer le parti qu'on peut en attendre, il faut les mettre en usage immédiatement, sans hésitation, et en continuer l'emploi avec énergie, foi et persévérance. — Quant aux frictions, au massage, aux aspersions froides, aux vapeurs ammoniacales, ce sont des moyens dont l'action est trop incertaine, et surtout trop lente, pour qu'ils soient employés autrement qu'à titre d'adjuvants.

Voici maintenant les conclusions formulées par M. Robert, et auxquelles la Société, par son vote, a donné la sanction de son autorité.

1° L'inhalation du chloroforme peut déterminer des accidents graves et la mort, lors même qu'il est pur et administré par des mains habiles ; mais les cas avérés de ce genre sont fort rares et tout à fait exceptionnels, si on les compare aux observations innombrables qui attestent les bienfaits de l'anesthésie.

2° L'examen attentif des observations a démontré que, lorsque la mort survient, elle ne doit pas toujours être attribuée au chloroforme exclusivement, et peut dépendre aussi d'autres causes très-diverses.

Une dernière conclusion, qui avait trait aux divers moyens auxquels les praticiens doivent avoir recours dans les cas d'accidents pendant l'inhalation, a été repoussée. La Société a pensé que le soin avec lequel M. Robert avait discuté, dans son rapport, la valeur de ces moyens, suffisait, et qu'elle devait renvoyer à ce travail pour l'étude de ces questions. Tout en nous associant à l'intention qui a guidé la Société dans ce vote, nous regrettons cette scission dans les conclusions, et c'est pour combler la lacune que nous publions la note rédigée par M. Denonvilliers.

On a vu que dans cette discussion il est question seulement de l'emploi du chloroforme dans les cas d'opérations. Un prochain rapport doit soumettre prochainement à la discussion de la Société l'opportunité de l'application des inhalations anesthésiques à la pratique obstétricale. Quoique cette question ait été traitée largement dans le *Bulletin*, nous aurons soin de placer sous les yeux de nos lecteurs les éléments nouveaux qui se produiront à l'appui de ce point de pratique spéciale de la chloroformisation.

CHIMIE ET PHARMACIE.

OBSERVATIONS SUR L'HUILE DE PROTO-IODURE DE FER.

Par M. Deschamps, d'Avallon, pharmacien en chef de la maison impériale de Charenton.

A l'époque où les chimistes signalèrent l'iodure de fer à l'attention des pharmacologistes, comme un agent thérapeutique de la plus grande importance, tous les praticiens, médecins et pharmaciens, comprirent qu'il devait être très-utile, puisqu'il pouvait agir et par son radical et par le principe comburant de ce radical. Tous se mirent à le prescrire et à le préparer; mais tous ne pensèrent pas que pour obtenir avec cet iodure des effets remarquables, il était de toute nécessité de n'employer que de l'iodure de fer au minimum d'ioduration ; aussi l'administration de cet iodure n'était-elle suivie de résultats avantageux seulement lorsque les pharmaciens savaient que l'iodure de fer des pharmacies n'était pas un proto-iodure de fer, et qu'ils le ramenaient, en exécutant les pres- criptions des médecins, au minimum d'ioduration.

Les médicaments dans lesquels l'iodure de fer entrait étaient alors si mal exécutés, dans certaines villes, qu'on accusait les pharma-

ciens qui opéraient convenablement de ne pas savoir préparer l'iodure de fer.

En 1840, Dupasquier attira de nouveau l'attention des médecins sur cette préparation, en publiant un excellent Mémoire sur l'administration de l'iodure de fer, et en proposant un certain nombre de formules. A partir de cette époque, l'iodure de fer fut prescrit sous beaucoup de formes, mais personne ne pensa qu'il était possible de le combiner avec les corps gras et de préparer avec l'huile d'amande un agent thérapeutique utile. Cette idée était réservée à M. Gille, et cet habile pharmacien a présenté à l'Académie de médecine la formule suivante :

Iode pur................	2 grammes 25 centigrammes.
Limaille de fer bien décapée..	15 grammes.
Huile d'amande...........	800 grammes.

Triturez dans un mortier de fer l'iode et la limaille; ajoutez 30 grammes d'huile, et triturez sans discontinuer pendant une heure ; laissez ensuite la réaction se faire pendant quelques heures ; ajoutez le reste de l'huile et introduisez le tout dans un flacon bouché à l'émeri, abandonnez l'huile pendant huit jours et filtrez.

Cette huile est légèrement ambrée ; elle n'a pas d'odeur et est presque insipide. 30 grammes représentent 10 centigrammes d'iodure ferreux.

Pour expliquer la formation de cette huile, l'auteur suppose qu'elle contient ou de l'iodure ferreux, ou bien un composé quinternaire renfermant de l'iode et du fer, dans les proportions du proto-iodure de fer. Il fit quelques expériences pour étudier cette question importante ; mais les questions de cette nature sont extrêmement difficiles, les corps qui prennent naissance dans les réactions de ce genre sont rarement des composés définis, des composés faciles à isoler ; aussi l'auteur est-il resté dans l'incertitude. Il a constaté cependant que le fer contenu dans cette huile y était en quantité telle qu'il représentait, aussi exactement que possible, le poids du fer qui devait être combiné à l'iode employé.

Lorsque M. Debout nous confia la rédaction de la partie pharmaceutique du *Bulletin*, nous prîmes l'engagement de ne donner que de bonnes formules, que des formules utiles, que des formules que nous aurions exécutées, si nous ne pouvions pas, *à priori*, juger leur importance et signaler leurs avantages et leurs inconvénients. La formule de l'huile d'iodure de fer étant une de ces formules qui ne peuvent être appréciées sans être préparées, nous essayâmes donc de la préparer, en suivant ponctuellement le procédé de l'auteur, et nous allons exposer nos observations.

Disons d'abord que ce procédé, qui paraît si simple, nous a immédiatement embarrassé, parce que l'auteur ne dit pas combien il faut triturer de temps l'iode et le fer avant d'ajouter l'huile, et parce que nous étions persuadé que cette recommandation devait être extrêmement importante, capitale même, pour la réussite de cette opération. Deux manières d'opérer se présentaient donc à notre pensée : triturer l'iode et le fer pendant le temps nécessaire pour réduire l'iode en poudre, triturer l'iode et le fer très-longtemps pour faciliter leur combinaison et pour essayer de préparer un iodure anhydre, soluble dans l'huile; car il nous paraissait difficile de supposer que les lois qui régissent les combinaisons, lorsqu'on emploie l'eau pour dissolvant, puissent être appliquées aux réactions qui ont lieu en présence de l'huile. Nous commençâmes cependant par triturer l'iode et le fer pendant le temps nécessaire pour réduire l'iode en poudre, puisque nous devions admettre, avec l'auteur, que l'iode, le fer et l'huile pouvaient se combiner, pendant l'heure de trituration, pendant les heures qui s'écoulent après la trituration, et enfin pendant les huit jours qui se passent avant de pouvoir filtrer l'huile.

L'huile que nous obtînmes n'était pas légèrement ambrée; elle était colorée en rouge. Elle était à peu près inodore et presque insipide; mais elle contenait de l'iode libre. Nous pensâmes que l'auteur avait négligé de décrire complétement son procédé, et qu'il était probablement utile de triturer très-longtemps l'iode et le fer avant d'ajouter l'huile. Nous recommençâmes cette opération, toujours en suivant ses recommandations, mais en triturant l'iode et le fer pendant longtemps. Cette huile différait peu de l'huile précédente, et cependant nous avions trituré l'iode et le fer pendant une demi-heure, puis l'iode, le fer et l'huile pendant une heure, etc. Nous ne comprîmes pas pourquoi nous ne pouvions pas préparer cette huile, et nous crûmes qu'il était nécessaire de comparer l'huile que nous avions préparée avec l'huile de l'auteur. Nous fîmes acheter un flacon d'huile de proto-iodure de fer chez M. Gille et nous reconnûmes, non sans surprise, que la couleur de cette huile était semblable à la couleur de la nôtre, et que, comme notre huile, cette huile contenait de l'iode libre.

La présence de l'iode libre dans cette huile détruisant entièrement toutes les suppositions que l'auteur a faites sur la composition et sur la théorie de la formation de l'huile d'iodure de fer, nous allons chercher à expliquer plus rationnellement les phénomènes qui se passent pendant sa préparation.

Lorsqu'on agite l'huile de proto-iodure de fer avec de la colle d'amidon, il se forme, comme nous l'avons déjà indiqué, de l'iodure d'a-

midon. Lorsqu'on filtre l'huile après la réaction de l'amidon, l'huile est moins colorée que l'huile primitive. L'iode libre que contient l'huile d'iodure ferreuse se transforme, après un certain temps, en acide iodhydrique ; l'huile perd de sa couleur, devient acide, commence à répandre l'odeur des corps gras qui rancissent, et l'on ne peut plus démontrer la présence de l'iode dans cette huile avec de l'amidon : il faut y ajouter un acide. Lorsqu'on agite avec de l'eau ce qui reste sur le filtre, après la filtration de l'huile, on obtient une eau de lavage qui contient de l'iodure de fer. Lorsqu'on chauffe cette huile avec un soluté de potasse caustique, on précipite du fer à l'état d'oxyde. Lorsqu'on agite l'huile d'iodure ferreux, privée ou non de l'iode libre qu'elle contient, avec une dissolution de tannin, l'huile devient noire et répand immédiatement une odeur désagréable. Cette odeur se rapproche beaucoup de l'odeur de l'huile iodée colorée avant d'être lavée, et a une certaine analogie avec l'odeur des mauvaises huiles à brûler.

On pourrait admettre, d'après ces résultats, qu'en triturant de l'iode, du fer et de l'huile, l'iode agit sur l'huile et en décompose une partie avec une réaction complexe. Dans cette réaction, des acides gras deviennent libres, de l'oxyde de fer prend naissance, les acides et l'oxyde naissants se combinent, et les sels à base de fer se dissolvent dans l'huile. Il se forme en même temps un peu d'huile iodée, un peu d'iodure de fer, etc. L'huile s'oppose, d'après les réactions que nous avons décrites précédemment, à la combinaison de l'iode et du fer, et de l'iode reste libre, quoiqu'on ait employé un grand excès de fer. On sait depuis longtemps qu'il se forme un peu d'eau pendant la réaction de l'iode sur l'huile.

Nous n'insisterons nullement sur cette théorie, qui peut être appuyée sur la réaction du tannin, mais nous dirons qu'on ne comprendrait pas comment cette huile pourrait acquérir l'odeur qui se développe sous l'influence du tannin, si elle contenait réellement de l'iodure de fer, ou si l'iode, le fer et les éléments de l'huile formaient une combinaison quinternaire, et nous terminerons par les conclusions suivantes, qui résument notre pensée.

L'huile de proto-iodure de fer de M. Gille contient de l'iode libre. Cet iode réagit sur l'huile et se transforme insensiblement en acide iodhydrique. M. Gille a admis que son huile contenait de l'iodure ferreux, mais il ne l'a pas prouvé. Si M. Gille avait cherché, avant de publier sa formule, si son huile contenait de l'iode libre ; s'il avait lavé le résidu de la filtration avec de l'eau, et s'il avait reconnu que cette eau contenait de l'iodure ferreux ; s'il avait dosé l'iode de cette huile après avoir séparé l'iode libre, il n'aurait pas admis que le fer

qu'elle renferme est combiné avec l'iode, et il n'aurait pas dit : « 30 grammes de cette huile représentent 10 centigrammes d'iodure de fer. » Tout porte à croire, au contraire, que la plus grande partie du fer est combinée avec des acides qui se forment sous l'influence décomposante de l'iode. Cette huile contient aussi de l'iode, qui est combiné avec l'huile de la même manière que dans l'huile iodée. Cette huile ne peut être placée au nombre des agents thérapeutiques, sous le nom d'huile de proto-iodure de fer. Enfin, si quelques médecins veulent absolument la prescrire, les pharmaciens ne doivent la délivrer, à moins d'indication contraire, qu'après l'avoir privée de l'iode libre qu'elle contient.

Ces conclusions paraîtront peut-être trop rigoureuses aux savants qui ont constaté que sous l'influence de l'administration de cette huile certaines affections disparaissaient. Ils diront peut-être : Nous avons un médicament qui produit les effets que nous cherchons à obtenir, et nous l'employons. Nous n'avons pas besoin de savoir s'il est pur ou non, et s'il contient les corps qu'on nous annonce, nous ne nous occupons que de ses effets. Si un raisonnement semblable nous était opposé, nous n'aurions qu'à nous incliner et à dire : Du temps de Galien et à l'époque où les premiers chimistes présentaient aux thérapeutistes des substances médicamenteuses, les thérapeutistes se contentaient d'étudier les effets des agents qu'on leur indiquait ou qu'ils préparaient; aussi vantèrent-ils l'*arcanum duplicatum*, le *tartre vitriolé*, le *sel de Duobus*, et le *sulfate de potasse*, comme des agents distincts. Les anciens médecins ont abusé, tout le monde le reconnaît, des médicaments composés. L'école de Broussais a blâmé l'emploi des agents thérapeutiques. Une autre école a cherché à simplifier toutes les formules anciennes, et nous, nous avons une tendance à prescrire aux malades des médicaments dont nous ne connaissons pas la composition, et nous nous disposons, sans nous en apercevoir, à prescrire les médicaments secrets que nous ne voulons pas employer. Au lieu de faire des progrès, nous rétrogradons.

SOLIDIFICATION DE L'HUILE DE FOIE DE MORUE.

Un philosophe grec disait souvent : Prenez toujours la voie la plus courte et le moyen le plus simple. Nous appliquons cette maxime à la solidification de l'huile de foie de morue.

Huile de foie de morue, 125 grammes; blanc de baleine, 25 grammes en été, 20 grammes en hiver.

Mêlez, chauffez au bain-marie et en vase clos; coulez dans des

flacons à large ouverture, laissez refroidir sans agiter. On peut aromatiser ce médicament avec une huile essentielle. L'huile de foie de morue, ainsi préparée, a l'aspect d'une gelée ; on l'avale en l'enroulant dans du pain azime, humecté d'eau, ou de sucre, de gomme, de réglisse, ou d'amidon pulvérisé.

Le docteur Launoy a pu faire prendre assez facilement ce médicament à des malades qui se refusaient d'avaler l'huile à l'état liquide.

Nous employons la cétine ou blanc de baleine comme adjuvant, parce qu'elle a joui pendant longtemps d'une propriété béchique et adoucissante, à la dose de 2 à 8 grammes, et qu'elle s'assimile parfaitement à l'huile, sans en augmenter de beaucoup le volume.

STANISLAS MARTIN.

CORRESPONDANCE MÉDICALE.

ESSAIS D'INOCULATION LACTO-VARIOLIQUE TENTÉS COMME MOYEN DE SUPPLÉER AU DÉFAUT OU A L'IMPUISSANCE DU VACCIN.

Tel est le titre de la thèse que M. Bossu, de Lyon, vient de soutenir, le 9 janvier, à la Faculté de médecine de Paris. Jamais moment ne fut plus opportun pour une semblable publication. L'auteur a dû regarder comme une bonne fortune l'expérimentation à laquelle il avait été employé. C'est un beau sujet de thèse, surtout dans une circonstance où quelques individus cherchent à élever des doutes ou des préventions sur les bienfaits de la vaccine : rien ne pouvait arriver plus à propos. Il ne s'agit de rien moins, en effet, que de démontrer la possibilité de remplacer le vaccin, ou de le reproduire avec la plus grande facilité avec le virus variolique lui-même, en le mêlant avec le lait. Déjà MM. Thiolé, de Kassan, et Robert, de Marseille, avaient publié leurs tentatives ; mais un insuccès presque complet les avait fait oublier, lorsque M. Brachet fit connaître au Comité de vaccine de Lyon les faits de succès qu'il avait obtenus en 1832, et sur lesquels il n'avait pas encore pu attirer l'attention.

Le Comité en comprit toute l'importance, et il obtint, à force d'instance et de courage, que les expériences demandées par M. Brachet fussent entreprises par M. Bouchacourt, qui ne s'y était refusé jusqu'alors que dans la crainte trop légitime d'inoculer le venin dangereux dont il était chargé de préserver les enfants. M. Peyraud, médecin en chef de la Charité, lui fut associé, et MM. de Polinière, président du Comité de vaccine, et Roy, son secrétaire-général, furent chargés d'en suivre les résultats.

Vingt-une expériences ont été faites, cinq enfants ont été inoculés directement de bras à bras, avec un mélange à parties égales de virus variolique et de lait. Deux ont été inoculés avec un mélange conservé pendant onze jours. Chez tous les sept, les piqûres ont suivi les phases de l'inoculation du virus-vaccin. Quatre enfants ont été vaccinés de bras à bras, avec le virus provenant de ces pustules premières. Chez tous les quatre il s'est développé une éruption locale, en tout semblable à l'éruption vaccinale. Trois enfants ont été vaccinés avec le virus provenant de cette première transmission : chez tous les trois la même éruption s'est faite, et avec la même régularité. Quatre ont été vaccinés de bras à bras, avec le virus provenant de cette seconde transmission, et ils ont fourni le même résultat. Trois enfin ont été vaccinés avec du virus recueilli sur les pustules de la première transmission et conservé pendant huit jours. Chez tous les trois, le développement des pustules s'est fait comme chez les autres.

Là se sont arrêtées les expériences, parce qu'à l'hospice de la Charité il ne s'est plus trouvé d'enfants pour recevoir une nouvelle vaccination.

Pour savoir si ce produit lacto-varioleux préservait de la variole, il fallait, comme le demandait M. Brachet, exposer les enfants ainsi vaccinés à une épidémie de variole ou à l'inoculation de son venin. A défaut de l'un et de l'autre, deux enfants qui avaient été inoculés avec le liquide lacto-variolique ont, plusieurs semaines après, été vaccinés de bras à bras avec du superbe virus vaccin. Rien ne s'est développé, tandis que, chez deux enfants qui n'avaient été ni variolés ni inoculés, le même vaccin, inoculé dans le même moment, avait produit de magnifiques boutons vaccins.

Sur deux inoculés, quelques petits boutons se montrèrent sur le cercle rouge du bouton principal. Sur un troisième, il s'en développa quelques-uns sur le dos. Les uns et les autres se dissipèrent avec les boutons varioleux, et ils n'exercèrent aucune influence sur la marche ni sur le développement de ceux-ci.

Voilà des expériences consciencieusement pratiquées sous les yeux d'hommes d'une grande valeur. Elles ne peuvent laisser aucun doute sur la vertu du virus varioleux mitigé. Si aux sept enfants inoculés directement avec le mélange lacto-variolique nous joignons les trois que M. Brachet avait déjà inoculés, cela fait dix cas de succès non douteux. Si nous envisageons que la vertu reproductrice des boutons s'est étendue à la troisième transmission, et que, selon toute apparence, elle serait allée bien plus loin si on avait pu la continuer, on ne cessera pas d'applaudir à la persévérance de M. Brachet, au courage soutenu du Comité et à la publication de M. Bossu.

Tout nous porte maintenant à présumer que nous possédons un moyen bien simple de nous procurer du vaccin pour arrêter les grandes épidémies de variole. Tout semble aussi militer en faveur de l'opinion de M. Brachet, qui pense avoir ainsi résolu le grand problème de l'action préservative de la vaccine, puisque la vaccine ne serait que la variole mitigée. Quoi qu'il en soit, remercions M. Bossu d'avoir fait connaître dans tous leurs détails les expériences qui ont été faites à Lyon. Sans lui, peut-être, elles fussent restées ensevelies dans un oubli complet, quoique M. Roy en eût rendu un compte abrégé dans son rapport pour 1852, parce que personne n'y serait allé chercher ce moyen. Quelques expériences restent encore à faire pour assurer le succès définitif de cette méthode, et pour la rendre le complément de la découverte de Jenner. Il faut que les enfants ainsi inoculés soient inoculés avec le virus varioleux pur. Si nous en croyons ce qui nous a été rapporté, M. Bouchacourt aurait devancé nos désirs. Quatre enfants auraient été inoculés avec du pus variolique. De ces quatre enfants, deux auraient été inoculés antérieurement avec le virus lacto-variolique ; les deux autres auraient été vierges de toute inoculation. Les deux premiers auraient été réfractaires à l'action du venin, et les deux autres en auraient subi toutes les conséquences dans une éruption générale bien complète.

Cette thèse et ses résultats se recommandent aux amis de la science et de l'humanité. LAVIROTTE, D.-M.,
à Lyon.

SUR UNE NOUVELLE MÉTHODE D'URÉTROTOMIE POUR LA CURE RADICALE DES RÉTRÉCISSEMENTS DE L'URÈTRE.

Jusqu'à l'époque toute récente où M. Syme (d'Edimbourg) et M. Reybard (de Lyon) eurent l'heureuse idée d'appliquer au traitement des rétrécissements de l'urètre la méthode des grandes incisions, la cure radicale de ces maladies était considérée comme à peu près impossible.

La cautérisation, sur laquelle on avait fondé de grandes espérances, n'avait tenu aucune de ses promesses. La scarification, considérée, du reste, plutôt comme un adjuvant utile de la dilatation que comme une méthode curative, n'avait donné que des succès éphémères. Enfin la dilatation elle-même, malgré les nombreux perfectionnements apportés à ses procédés, ne réussissait le plus souvent qu'à pallier le mal sans en détruire la cause organique.

Le traitement des rétrécissements n'avait donc, malgré les efforts incessants de la chirurgie, réalisé presque aucun progrès.

Seule, la méthode des grandes incisions renferme vraiment une idée

féconde, et paraît devoir atteindre le but si longtemps poursuivi.

Il n'est plus permis, en effet, de révoquer en doute la possibilité d'obtenir un élargissement durable de l'urètre, à l'aide d'incisions profondes pratiquées sur le tissu inodulaire qui constitue les rétrécissements. Les importants travaux de MM. Reybard et Civiale ont établi ce fait d'une manière incontestable, et les observations cliniques qui le démontrent sont aujourd'hui assez nombreuses pour que chacun ait pu les voir et les constater.

C'est donc un fait actuellement bien acquis à la science qu'une incision profonde, pratiquée longitudinalement dans le canal de l'urètre, donne lieu à une cicatrice déprimée, et que celle-ci forme une sorte de rigole permanente dont la largeur augmente d'autant les dimensions du canal.

Mais si ce principe fondamental de l'urétrotomie a reçu l'assentiment de presque tous les chirurgiens, il n'en est pas à beaucoup près ainsi des méthodes et des procédés opératoires destinés à en réaliser l'application.

Ces méthodes sont au nombre de trois :

L'une, dite méthode de Syme, boutonnière ou urétrotomie de dehors en dedans, consiste à diviser successivement, avec un bistouri, la peau, le tissu cellulaire et les parois de l'urètre au niveau du rétrécissement.

La deuxième méthode, imaginée par divers chirurgiens, mais appliquée plutôt aux scarifications qu'aux incisions, est dite urétrotomie d'avant en arrière, et s'exécute avec des instruments de formes variées dont la pointe, introduite dans l'ouverture du rétrécissement, sert de conducteur à une lame tranchante, qui la fait saillir au-devant de l'obstacle, et que l'on pousse ensuite contre lui pour le diviser.

La troisième méthode, imaginée par M. Reybard, sous le nom duquel elle est connue dans la science, consiste à diviser, d'arrière en avant, toute l'épaisseur des parois urétrales au niveau du point rétréci, au moyen d'un instrument dont la lame, d'abord cachée, s'ouvre quand elle a dépassé l'obstacle. Cette lame, ainsi ouverte à angle obtus, est ramenée d'arrière en avant, contre le rétrécissement qu'elle incise dans toute l'épaisseur de la paroi du canal.

Chacune de ces méthodes remplit bien certainement son but principal, qui est la division des points rétrécis ; mais leur manuel opératoire, qui est ordinairement si délicat et si complexe, et surtout les accidents qu'elles entraînent, sont si nombreux et si graves, que les praticiens les plus expérimentés hésitent à en faire usage.

La méthode nouvelle que j'ai l'honneur de soumettre à l'Académie a

l'avantage d'arriver aux mêmes résultats que les précédentes, sans présenter presque aucun de leurs inconvénients, et son exécution surtout est tellement simple, qu'elle peut, sous ce rapport, être rangée dans la catégorie des opérations les plus vulgaires.

Cette méthode, que je désignerai sous le nom d'*urétrotomie de dedans en dehors*, consiste à diviser les parois rétrécies au moyen d'un bistouri caché, dont la lame, enveloppée d'une gaîne, est introduite jusque dans l'ouverture de l'obstacle, et là, par un mécanisme des plus simples, se dégage, presse de dedans en dehors sur le rétrécissement, qu'elle tend à dilater, puis, au moindre mouvement de traction, incise les parties malades à la profondeur déterminée à l'avance.

Instrument. — L'instrument dont je me sers (voir *fig.* 1) n'est point un instrument nouveau. Il est connu de tous les praticiens ; son mécanisme leur est familier : c'est tout simplement le lithotome de frère Côme. Pour en faire un urétrotome, je me suis contenté de rendre sa lame un peu plus longue et courbe sur le plat, de donner à sa gaîne une forme cylindrique, surtout à son extrémité ; d'y faire tracer les divisions du mètre, d'y adapter un régulateur précis, enfin de disposer son articulation de manière à ce qu'au besoin l'écartement de la lame puisse être égal dans toute son étendue.

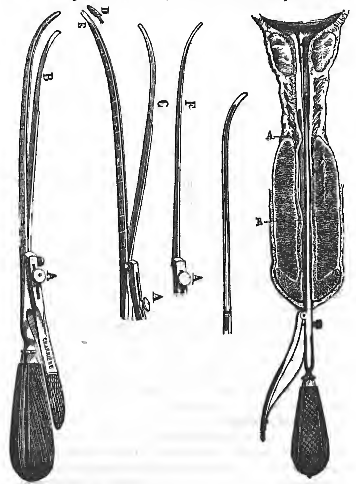
Description de l'opération. — Précautions préliminaires. — Avant de pratiquer l'urétrotomie par notre méthode, le chirurgien doit préalablement amener graduellement l'urètre au degré de dilatation suffisant pour que l'urétrotome puisse être facilement introduit. Il doit surtout accoutumer le canal au contact des instruments, afin d'éviter les accidents fébriles qui, dans cette région, compliquent si fréquemment les opérations même les plus simples. En conséquence, pendant une quinzaine de jours au moins, le malade sera soumis à la dilatation graduée au moyen de bougies élastiques. En même temps, on le tiendra à un régime doux, on lui prescrira des bains fréquents, des lavements émollients, des boissons rafraîchissantes.

Ce traitement préliminaire n'a pas seulement pour objet d'accoutumer le canal au contact des instruments et d'obtenir la dilatation nécessaire pour l'introduction de l'urétrotome, il est encore utile pour permettre au chirurgien d'introduire les instruments explorateurs et de s'éclairer ainsi d'une manière précise sur le nombre des rétrécissements, sur leur position, leur étendue, leur degré de résistance, etc.

Toutes ces données étant acquises, on peut procéder à l'opération.

Le malade doit être couché sur le dos et maintenu dans cette position par des aides. Il est bon aussi qu'il soit soumis au chloroforme. Le chirurgien, placé à droite, explore une dernière fois l'urètre avec une bou-

gic à boule ; puis, saisissant l'urétrotome, dont il a fixé d'avance l degré d'ouverture à 15 millimètres environ, il l'introduit, comme un cathéter ordinaire, jusqu'à 3 centimètres au delà du dernier rétrécissement, et le dispose de manière que sa concavité regarde en haut. Alors, tenant la verge sur l'instrument, il ouvre celui-ci en pressant sur la



(Fig. 1.) (Fig. 2.)

bascule, et, par un mouvement de traction, lui fait parcourir un trajet de 2 centimètres d'étendue (voir *fig.* 2).

Ce mouvement suffit pour que la lame tranchante incise tous les obstacles qui s'opposaient à son développement, sans néanmoins intéresser les parties saines intermédiaires. Alors l'opérateur, cessant aussitôt de

presser sur la bascule, la lame rentre dans sa gaîne, et l'urétrotome est retiré doucement.

Mode d'action de l'urétrotome sur les rétrécissements. — Nous avons vu qu'au moment où le chirurgien presse sur la bascule, dans la manœuvre que nous avons décrite, la lame de l'urétrotome, chassée de sa gaîne, rencontre d'abord l'obstacle qui s'oppose à son écartement; puis, aussitôt qu'on imprime à l'instrument un léger mouvement de traction, son tranchant incise les parties indurées, sans intéresser préalablement les parties saines voisines.

Cette propriété qu'a notre urétrotome de ne pouvoir atteindre les parties saines qu'après avoir incisé les parties rétrécies, est un des caractères essentiels de la méthode, et n'est pas un de ses moindres avantages. On comprend de suite combien il en résulte de sécurité pour le praticien et le malade.

C'est surtout dans les cas de rétrécissements multiples que cet avantage est réellement précieux. Lorsque, en effet, il existe une série de rétrécissements séparés par des intervalles variés, l'urétrotomie par les méthodes ordinaires est une opération tellement effrayante, que l'on comprend à peine sa possibilité.

Par la méthode de Syme, par exemple, le chirurgien serait obligé, pour inciser tous les obstacles, de fendre l'urètre dans presque toute sa longueur, et son auteur l'a si bien compris, qu'il réserve son opération aux cas seulement où il n'existe qu'un seul rétrécissement, et où le rétrécissement occupe la portion périnéale ou membraneuse.

La méthode de M. Reybard n'est pas non plus, dans ces circonstances, d'une application beaucoup plus avantageuse; car la lame de l'instrument devant se déployer derrière chaque rétrécissement, et devant nécessairement diviser une partie assez considérable du tissu sain en arrière et en avant de l'obstacle, il arrive fréquemment que toutes ces incisions réunies constituent un délabrement énorme, sans compter que leur exécution exige une série de manœuvres longues et difficiles, pour ouvrir et fermer l'instrument.

Dans notre méthode, au contraire, quels que soient le nombre et la position des rétrécissements, le chirurgien est assuré que, d'un seul trait, tout ce qui fait obstacle au développement de la lame tranchante sera divisé, sans que les parties saines puissent être sérieusement compromises. Ainsi disparaissent les manœuvres compliquées et les énormes incisions qui effrayaient à juste titre les praticiens, et les faisaient reculer devant l'urétrotomie.

Immédiatement après l'incision, le chirurgien introduit dans le canal une bougie métallique volumineuse, de 5 à 6 millimètres de diamètre,

afin de s'assurer que tous les obstacles sont bien divisés. Il remplace ensuite cette bougie par une sonde élastique du même volume, qu'on laisse à demeure pendant vingt-quatre heures au moins, et trois jours au plus. Cette sonde a pour objet d'épargner au malade les douleurs assez vives que produit l'urine en passant au niveau de la plaie, en même temps que de maintenir l'écartement des lèvres de l'incision, et d'arrêter l'écoulement sanguin.

Il est nécessaire ensuite de continuer, pendant six semaines environ, l'introduction journalière d'une bougie d'étain de gros calibre, pour entretenir la dilatation du canal.

Accidents consécutifs à l'opération. — En général, les suites de l'urétrotomie, pratiquée d'après notre méthode, sont d'une grande simplicité.

L'hémorrhagie s'arrête en quelques heures. La douleur produite par le passage de l'urine cesse dès le huitième ou dixième jour, et la suppuration se tarit vers la fin de la sixième semaine. Mais, dans quelques circonstances, on observe des accidents d'une autre nature :

1° *Engorgement du testicule.*—Cet accident ne survient guère que vers le huitième jour. Il a peu de gravité, et disparaît de lui-même sous l'influence du repos et de cataplasmes émollients. Une fois, cependant, nous l'avons vu acquérir les proportions d'une orchite très-aiguë, qui exigea l'emploi du débridement et de plusieurs applications de sangsues.

2° *Abcès au périnée.*—Dans les premiers essais que nous avons faits de notre méthode, alors que nous pratiquions l'incision directement en bas, sur la ligne médiane, nous avons observé deux cas d'abcès urineux, suivis de fistules multiples au périnée et sur les bourses ; mais, depuis que nous avons adopté l'incision latérale, nous n'avons plus rien observé de semblable.

3° *Fièvre urétrale.* —Tous les praticiens savent combien sont fréquents, à la suite du cathétérisme, les accidents fébriles à types rémittents et intermittents. Ces accidents, quelquefois fort graves, peuvent se manifester après l'urétrotomie, comme après toutes les opérations que l'on pratique sur les voies urinaires. Jusqu'à présent ceux que nous avons observés n'ont offert aucune gravité ; ils se sont bornés à quelques frissons éphémères. Mais le chirurgien ne doit pas perdre de vue que c'est là un des dangers les plus redoutables de l'opération qui nous occupe, et qu'il doit apporter toute son attention à le prévenir ou à le combattre. Les bains fréquents, les boissons mucilagineuses, le repos, et surtout l'extrême discrétion dans le cathétérisme dilatateur, sont les meilleurs moyens d'arriver à ce résultat. MAISONNEUVE,

Chirurgien de l'hôpital Cochin.

BIBLIOGRAPHIE.

Traité de la science médicale (histoire et dogmes), comprenant un précis de méthodologie ou de médecine préparatoire ; un résumé de l'histoire de la médecine, suivi de notices historiques et critiques sur les écoles de Cos, d'Alexandrie, de Salerne, de Paris, de Montpellier et de Strasbourg; un exposé des principes généraux de la science médicale, renfermant les éléments de la pathologie générale. Par le docteur Edouard Aubert, chevalier de la Légion-d'Honneur.

Il y a trop de choses dans ce livre pour que nous puissions le soumettre à une analyse méthodique; il nous suffira d'ailleurs, pour atteindre le but que nous nous proposons en parlant ici de cet ouvrage, d'en isoler quelques parties et de les juger. L'idée qui semble surtout préoccuper M. Aubert, et qui circule dans tout son livre, malheureusement comme une séve peu féconde, c'est celle d'une sorte d'anarchie complète, à laquelle, suivant lui, serait livrée la médecine contemporaine. Qu'est-ce donc que cette anarchie dont on nous rebat tous les jours les oreilles, et quels sont encore les moyens que la tourbe des réformateurs nous propose pour y remédier? Cette anarchie, *abomination de la désolation*, c'est l'absence d'une doctrine qui rallie à son drapeau tous les esprits, c'est l'absence d'une sorte d'Eglise médicale qui commande la pratique comme une loi, et à laquelle tous, indistinctement, devraient se soumettre. Voilà tout à la fois l'anarchie dont on se lamente, et la réforme par laquelle on y voudrait mettre un terme!

Quand un médecin se fait l'écho de ces banalités, nous l'avouons sans crainte, à nos yeux ce médecin-là est jugé. Il est en effet évident pour nous que cet homme peut bien, dans un travail facile, bégayer le langage de la science, mais il est clair qu'il ne connaît pas les difficultés de celle-ci, qu'il ne s'est pas mesuré avec ces difficultés. Comment! des hommes intelligents, laborieux, s'efforçant de combler les lacunes de la science, poursuivent de toutes parts, le scalpel, le microscope ou le creuset à la main, l'étude, l'analyse de l'organisme vivant, dans ceux de ses éléments qui seuls tombent sous les sens, les effets de la maladie, et, non contents de cette étude, qui n'atteint pour ainsi dire que l'écorce de la vie, ils s'efforcent de saisir les divers modes suivant lesquels la vie elle-même répond aux stimulants qui entretiennent son feu normal, en troublant l'harmonie ou la rétablissant; dans leur action thérapeutique sur l'organisme, ils mettent toute leur sagacité à proportionner celle-ci aux forces dont l'organisme est

animé, et tout cela est de l'anarchie ! Mais, en vérité, si ce ne sont là les règles de la logique humaine appliquée dans toute sa rigueur, nous avouons ne rien comprendre à ce que l'on appelle le bon sens et la raison. Non, Messieurs, ce n'est point là de l'anarchie; c'est l'état forcé d'une science qui n'est point faite, mais qui s'élabore, et qui, en attendant le jour où un homme de génie pourra l'édifier complétement, en se servant des matériaux que la patience laborieuse des hommes accumule depuis des siècles, peut déjà s'appuyer sur quelques notions positives, pour faire son œuvre utile.—Est-ce sérieusement que, pour mettre fin à un état de choses que l'infirmité humaine rend nécessaire, on nous propose une sorte de congrès médical, où il ne s'agirait plus seulement de discuter les intérêts moraux et professionnels de la médecine considérée comme art, mais d'en promulguer les prétendus dogmes comme des lois? N'est-ce pas un peu là le concours des petits pâtés de Fourier sur le Bosphore? n'est-ce pas là, en un mot, l'idée la plus drolatique qui ait jamais germé dans un cerveau sain? Comme nous ne voulons pas qu'on nous soupçonne de porter l'exagération dans une assertion qui devient une charge si grave pour celui qui l'a malencontreusement émise, qu'on nous permette de citer : « Il *suffirait* de soumettre au savant aréopage le programme des différentes doctrines qui se disputent l'empire de l'opinion médicale, avec ordre de les étudier, de les analyser, de les comparer dans leurs principes, dans leurs conséquences et leur application. Ce travail une fois accompli, l'assemblée se répartirait en autant de sections qu'il y aurait de doctrines représentées dans son sein, et alors une discussion sérieuse, une argumentation complète s'engagerait entre les rapporteurs de ces commissions; puis, après le débat, l'assemblée tout entière se prononcerait sur la valeur de chacune de ces doctrines, et fixerait par son vote la suprématie de celle qui lui aurait paru l'emporter sur toutes les autres. Alors cette doctrine, revue et perfectionnée dans son ensemble, et posée ensuite par les efforts de tous sur sa base véritable, serait l'objet définitif d'une dernière élaboration, qui, par un travail synthétique, l'immatriculerait (j'aime beaucoup ce mot, remarquez sa couleur locale), l'immatriculerait en autant de principes qui seraient enseignés par toutes les écoles, sous l'autorité du dogme et de la foi. » Quoi ! ce serait là un moyen de mettre un terme à ce que l'on appelle l'anarchie médicale! Mais, en vérité, si celle-ci n'existait pas, nous ne connaissons pas de moyen plus sûr pour la provoquer, à moins que les médecins ne soient plus des hommes. Supposez, monsieur Aubert, ce qui serait possible, probable même, parce que ce n'est point là la vérité; supposez que votre sanhédrin médical, votre con-

grès des petits pâté conclue à quelque chose comme l'organopathie de M. Piorry, moins sa nomenclature, bien entendu, parce que les noms barbares dont elle se compose pourraient s'aboyer, mais ne se parlent pas; supposez cela, dis-je, seriez-vous pour cela organopathe? Non, certes, vous seriez plus que jamais vitaliste, et vous auriez raison. Donc, vous le voyez, votre congrès ne servirait à rien, qu'à faire naître l'anarchie si elle n'existait pas, et à l'aggraver si elle existait déjà. Mais ce n'est pas tout : une fois cette médecine officielle élaborée, il faudrait s'y soumettre dans la pratique, sous des peines plus ou moins sévères, édictées par la loi. Alors peut-être verrions-nous reparaître, à la gloire du dix-neuvième siècle, l'emblé des Égyptiens ou la loi Aquila qui, décrétant l'infaillibilité de la science, condamnaient à mort le médecin qui ne se soumettait pas aux prescriptions de leur codex officiel, etc., etc. Mais non, tout cela ne peut être sérieux; M. Aubert a cru faire ici de l'hygiène à l'usage des petites femmes agacées; c'est une simple distraction. Passons.

Depuis longtemps déjà M. Aubert parle beaucoup de vitalisme; cela est bien porté. Voyons donc un peu ce qu'est le vitalisme de M. Aubert; essayons de le saisir dans ses formes un peu changeantes. En plusieurs endroits de son livre, l'auteur se livre à tous les excès d'une érudition intempérante, pour nous édifier sur l'historique de cette question. Il est vrai que, tout compte fait, quand on est arrivé avec M. Aubert au bout de cette étape laborieuse, on y voit un peu moins clair qu'auparavant. Je ne connais en effet aucun écrivain qui ait, autant que l'auteur du Traité de la science médicale, le talent d'embrouiller les questions. J'ai cherché à m'expliquer cette spécialité et ne doute pas qu'elle ne tienne à ce que M. Aubert ne sait pas toujours très-bien ce dont il parle, s'évertue à traduire toutes ses idées sous des expressions mélophoniques, a en horreur la simplicité, et emprunte souvent à la philosophie des expressions dont il ne comprend pas le sens; c'est ainsi, pour justifier tout de suite ce dernier reproche, que le mot *substance*, pris au sens philosophique, ne signifie rien de plus, pour lui, que corps, matière. Pour ce qui est du style métaphorique de M. Aubert, permettez-moi de vous citer au hasard quelques passages de son livre : « *Le système humain* parcourt une parabole organique sur l'écliptique de la vie. » Ailleurs : « La vie n'appartient pas d'une manière absolue à l'individu qui en jouit, il n'en a que l'usufruit... c'est une liqueur d'immortalité qu'on rend comme on l'a bue, dans la coupe inépuisable du temps : elle a besoin d'être souvent renouvelée, et elle se perd en se communiquant. La vie, suivant l'expression d'Hippocrate, est l'esprit qui anime la maison (ici citation grecque

textuelle dont nous nous privons, attendu que cela ne prouverait nullement que nous sachions le grec); mais cet esprit se dérobe aux investigations du scalpel et du microscope, par cette raison que tout ce qui entame et désunit la vie la détruit; elle ne se montre qu'à la pensée, et encore à cette condition que la pensée constamment attentive sache elle-même l'*attendre*, l'étudier et la suivre dans toute la série des êtres animés, depuis l'homme jusqu'au polype, depuis le grain de sable jusqu'aux masses stellaires. En résumé, notre agrégat matériel est pénétré de l'esprit de vie, et c'est par cet esprit qu'il se développe et qu'il s'accroît. Aussi faut-il le ménager comme une ambroisie précieuse, car chacun de nous n'en possède qu'une certaine quantité, et plus il en dépense, moins il en reste. » Sauf quelques vérités, qui éclatent çà et là dans ce passage, comme les vérités de M. de la Palisse, en quoi cette phraséologie emphatique peut-elle éclairer la question ardue qu'ose aborder l'auteur? Remarquez bien qu'il s'agit ici de savoir si la vie est le résultat des forces purement cosmiques, ou si, phénomène profondément distinct des phénomènes purement physiques, elle implique une force distincte ainsi de celles qui gouvernent exclusivement ces derniers. C'est ainsi que nous revenons, sur les pas de l'auteur lui-même, à la question que nous nous sommes posée : qu'est-ce que le vitalisme de M. Aubert? est-ce le naturisme d'Hippocrate, le vitalisme de Bordeu, Barthès, Bérard ou de Lordat? Il le semblerait d'abord; mais bientôt, par un revirement imprévu, l'auteur abandonne ce système comme entaché d'ontologie, et le matérialise dans un nervosisme fort nébuleux, dont il s'échappe bien vite encore pour se réfugier dans la doctrine du fluide universel, qui pénètre tout, anime tout, fait de la vie partout. A cette hauteur, M. Aubert s'arrête; et puis, sans beaucoup s'occuper de ce point de vue, il aborde les généralités de la science, qu'il n'éclaire pas beaucoup plus que la science même de la vie, considérée d'une manière abstraite.

Nous ne dirons pas, par une vaine complaisance pour nous-mêmes, qu'il nous en coûte de démasquer la vanité des résultats auxquels est arrivé l'auteur du Traité de la science médicale; non, il ne nous en coûte nullement de faire ici notre œuvre de critique. C'est une chose déplorable que de voir un homme qui ne manque pas d'une certaine facilité, qui est animé d'excellentes intentions généreusement manifestées dans maints endroits de son livre, qui aurait le temps d'étudier puisqu'il a le temps d'écrire; c'est une chose déplorable que de le voir gaspiller son temps, cette étoffe dont la vie est faite, suivant le mot de Franklin, à se guinder sur des échasses pour se priver du plaisir de marcher. Au lieu d'aspirer à sortir la science de l'ornière de l'ob-

servation, que M. Aubert suive cette ornière, et nous l'assurons que son esprit, inquiet de la généreuse inquiétude de ceux qui savent les limites de la médecine, y trouvera le repos dont il a besoin. Avant d'aborder les questions élevées dont l'auteur poursuit vainement la solution, d'abord parce que, dans l'état de la science, elles sont insolubles, et ensuite parce qu'il les pose mal, ce qui le regarde personnellement, pourquoi ne s'est-il pas occupé d'une foule de questions secondaires, qui sont à la portée de son intelligence, et dont la solution doit nécessairement préparer l'ère de la grande médecine qu'il rêve? C'est là, nous répondra-t-il peut-être, comme il le dit quelque part dans son livre avec une impertinence qui seule justifierait une critique mille fois plus sévère que celle-ci, ce serait là du *crétinisme exact!* Ah! monsieur Aubert, effacez, effacez vite, cette expression malencontreuse. Quoi! ce sont des crétins, cette pléiade de médecins contemporains illustres qui visent surtout à observer, et à observer avec précision tous les faits de la vie, soit que cette observation se fasse avec les sens nus, soit que, plus laborieuse, elle arme ceux-ci des réactifs chimiques, du microscope, etc.; — ce sont des crétins! Alors montez seul au Capitole, mais prenez garde aux hallucinations dans cette apothéose périlleuse de votre orgueilleuse personnalité. Et puis, comment conciliez-vous cette insolente appellation avec les éloges que vous prodiguez à tous les hommes honorables dont les ouvrages doivent, suivant vous, composer la bibliothèque de l'étudiant; mais ce sont là, pour la plupart, autant de crétins, car tout ce que vous blâmez dans votre livre ce sont précisément leurs titres de gloire. *Crétinisme exact!* ah! monsieur, regrettez à jamais ce mot, car il s'applique à des hommes auprès desquels le docteur Edouard Aubert, avec toute sa loquèle, souvent peu sonore, ne sera jamais qu'un avorton qui vagit.

Je finis en deux mots. Ce livre n'est qu'un long pléonasme; on écrirait sur l'ongle du pouce ce qu'il renferme de vérités.

BULLETIN DES HOPITAUX.

De la valeur des applications locales de vapeurs de chloroforme, au moyen de l'instrument de M. Hardy. — Nous avons été des premiers à faire connaître les résultats favorables obtenus par M. Hardy de l'application locale des vapeurs de chloroforme, et l'instrument vraiment ingénieux à l'aide duquel ce médecin est parvenu à rendre cette application facile dans les cavités muqueuses qui communiquent avec l'extérieur. Nous étions loin cependant de supposer que cet instru-

ment pût devenir l'objet d'un véritable engouement, et surtout que, le détournant du but que s'était proposé son auteur, on voulût s'en servir pour produire l'anesthésie locale, au point de vue chirurgical. Qu'est-il arrivé, en effet? C'est que presque tous les chirurgiens qui ont fait des essais dans cette voie ont complétement échoué : MM. Velpeau, Michon, Ricord, Giraldès, Gosselin, Guersant, Jobert, Achille Richard, etc., ont dirigé des vapeurs anesthésiques, pendant quatre, cinq, six minutes, sur des parties qui allaient être le siége d'incisions ou de manœuvres douloureuses, principalement sur des abcès, et les douleurs causées par l'opération n'en ont point paru sensiblement atténuées, et cela même dans des cas où la peau, très-fine et très-délicate, semblait devoir rendre plus efficace et plus active l'action du chloroforme. Vainement a-t-on essayé de maintenir la peau en contact, pendant un certain temps, avec les vapeurs chloroformiques, au moyen d'une ventouse ; le résultat a été le même, et M. Ach. Richard a, d'un autre côté, prolongé pendant plus d'un quart d'heure les insufflations, pour un cas d'opération de fistule à l'anus, sans parvenir à anesthésier les parties souffrantes. M. Henri Roger communiquait enfin, il y a deux jours, à la Société des médecins des hôpitaux, les résultats complétement négatifs des expériences qu'il avait tentées sur lui-même, et jamais les vapeurs de chloroforme n'étaient parvenues à rendre insensible à la piqûre d'une épingle la région sur laquelle on les dirigeait.

Tous ces résultats défavorables n'ont rien qui nous étonne, et si nous sommes surpris de quelque chose, c'est de voir des hommes sérieux se mettre ainsi à la poursuite d'un but déterminé, sans s'être bien rendu compte des difficultés à vaincre. Ne semble-t-il pas, en effet, que l'on n'ait jamais fait d'expériences sur l'anesthésie locale ? Ne sait-on pas que, pour obtenir cette anesthésie, il faut mettre en contact avec la peau une quantité de chloroforme bien autrement grande que celle qui peut y arriver en vapeurs, et que, d'autre part, cette insensibilité n'est jamais étendue aux parties profondes, mais, bien au contraire, limitée aux parties les plus superficielles? La présence de l'épiderme oppose un obstacle presque infranchissable à la pénétration du chloroforme liquide et, à plus forte raison, du chloroforme en vapeur. Les choses ne se passent pas tout à fait de même dans les cavités muqueuses ; mais, là encore, il y a un inconvénient que M. Hardy traite avec un peu de légèreté, et qui a cependant bien son importance ; c'est l'action topique irritante, brûlante, des vapeurs de chloroforme. Cette sensation de brûlure, est à peu près le seul effet que nous ayons obtenu dans un cas de douleurs dysménorrhéiques, et nous savons que M. Robert n'a pas été plus heureux que nous dans un cas de cancer à l'utérus. C'est trop peu

de deux faits, sans doute, pour faire rejeter complétement l'instrument de M. Hardy, mais c'est assez certainement pour établir que ce n'est pas là une découverte qui méritât le bruit que l'on a fait autour d'elle.

Et si, dans certains cas, on est parvenu par ces insufflations à émousser assez la sensibilité, soit *loco dolenti*, soit sur les points que l'on voulait opérer, pour que les malades aient à peine senti la douleur, ne serait-il pas possible de s'expliquer ces faits par le refroidissement qu'entraîne le passage brusque des vapeurs de chloroforme sur une partie quelconque du corps? Nous savons que plusieurs chirurgiens songent à se servir du refroidissement produit par l'évaporation de l'éther pour émousser la sensibilité de certaines parties sur lesquelles ils se proposent d'opérer. Mais, en vérité, pourquoi toutes ces tentatives? n'avons-nous pas mieux que tout cela? Et faut-il que les chirurgiens aient déjà oublié les mélanges réfrigérants (glace et sel marin) de M. Arnott, dont nous avons fait connaître, en son temps, les résultats éminemment avantageux! Nous ignorons ce que la chirurgie pourra réaliser de progrès au point de vue de l'anesthésie locale; mais nous n'hésitons pas à dire qu'aujourd'hui les mélanges réfrigérants ont seuls résolu la question, au plus grand avantage du médecin et des malades. L'instrument de M. Hardy restera peut-être; mais ce ne sera certainement, comme se l'est primitivement proposé son auteur, que comme moyen d'apaiser des douleurs vives, inhérentes à certaines affections; et, à ce titre, nous ne savons pas si nous ne serions pas tenté de donner la préférence aux applications locales des liquides anesthésiques, partout au moins où ces applications sont possibles.

Arthropathie rhumatismale de l'épaule. — Alcoolature d'aconit. — Guérison. — Malgré la fréquence de cette affection, son traitement est encore loin d'être formulé; cela tient probablement aux différentes formes que cette arthropathie peut offrir. Tantôt, en effet, le rhumatisme reste localisé dans les muscles de l'épaule et spécialement dans le deltoïde; d'autres fois il s'accompagne de névralgie du nerf circonflexe et même du nerf radial; enfin, quelquefois l'affection atteint la capsule articulaire et provoque alors une sorte d'arthrite sèche, qui a été étudiée en ces derniers temps avec beaucoup de soin.

Quelle que soit la forme qu'elle affecte, l'arthropathie rhumatismale est une maladie dont on triomphe difficilement au début, et qui amène des lésions secondaires qui nuisent au jeu de cette articulation. Il importerait donc de pouvoir la guérir rapidement; ce désidératum

nous engage à mettre sous les yeux de nos lecteurs les résultats que nous avons obtenus, dans un cas semblable, de l'emploi d'un agent thérapeutique trop délaissé : nous voulons parler de l'aconit.

Le charron du village voisin de la maison de campagne que j'habite l'été vint me consulter, en septembre 1849, pour une arthropathie rhumatismale de l'épaule. La veille, me dit-il, sans cause bien connue, une douleur s'était manifestée dans l'épaule gauche, puis avait gagné l'avant-bras et irradiait dans la main. Elle était si intense, que non-seulement il n'avait pu reposer la nuit, mais que c'était à grand'peine qu'il avait pu parcourir la courte distance qui nous sépare. La secousse de la marche retentissait douloureusement dans l'épaule malade, malgré la précaution qu'il avait prise de soutenir le bras par une écharpe, offrant un point d'appui solide au coude. J'avais ainsi une occasion nouvelle d'étudier cette affection et ne voulus pas la laisser échapper. Je fis déshabiller le malade et j'examinai le membre avec attention.

Le deltoïde était sensible à la pression dans toute son étendue, mais principalement dans les points où il reçoit le nerf circonflexe. Le malade accusait, en outre, une douleur qui parcourait toute la partie externe de l'avant-bras et venait se terminer dans le petit doigt et l'annulaire. Nous avions donc affaire à un rhumatisme du deltoïde, compliqué de névralgie du circonflexe et du nerf radial ; mais quelle part la capsule articulaire prenait-elle dans cette arthropathie ? c'est ce qu'il était important de déterminer. Je cherchai à glisser l'extrémité de l'indicateur dans le creux de l'aisselle, afin d'interroger l'état de la synoviale, qui, en ce point, on le sait, est très-accessible. Mais il était impossible de tenter le moindre mouvement sans provoquer des douleurs intenses dans le deltoïde. Il fallait m'y prendre d'une autre façon. Voici ce que je fis. J'avais du chloroforme chez moi ; après avoir recouvert l'épaule d'un linge imbibé d'eau tiède, je versai à sa surface environ 50 gouttes de l'agent anesthésique. Ce linge fut recouvert d'un mouchoir ployé en quatre, et maintenu avec la main pendant dix minutes. Les phénomènes habituels à cette action topique se manifestèrent ; puis, lorsqu'ils furent dissipés, j'enlevai les linges. Toute douleur avait disparu, et non-seulement il me fut possible d'imprimer à l'articulation les mouvements étendus qui lui sont possibles, mais le malade put en répéter la plus grande partie sans souffrir. J'interrogeai tous les éléments anatomiques de l'articulation : aucun épanchement dans l'articulation, aucune sensibilité dans la synoviale, celle du muscle deltoïde et des nerfs circonflexe et radial avait également disparu. Le malade était surpris de ce résultat, car il se croyait guéri. Mais je ne tardai pas à le détromper à cet égard, en lui prédisant que ses douleurs

ne tarderaient pas à revenir, seulement qu'il en triompherait chaque fois qu'il répéterait les applications anesthésiques.

Nous avions donc un moyen de triompher de l'élément douleur ; mais, point bien plus important, il nous restait à choisir une médication ayant prise sur l'élément cause. Nous eûmes recours à l'alcoolature d'aconit, qui nous a donné d'excellents résultats dans bon nombre de névralgies rhumatismales. Nous formulâmes ainsi son traitement : 4 grammes d'alcoolature d'aconit dans une potion de 120 grammes, à prendre par cuillerée à bouche d'heure en heure le matin, et de demi-heure en demi-heure à partir de cinq heures du soir ; répéter l'application topique de 30 à 40 gouttes du chloroforme au moins une fois, le soir en se couchant, afin de faciliter le repos de la nuit. Si l'érythème de la peau avait disparu le matin, on pouvait répéter l'application anesthésique. Le cinquième jour, le malade vint nous voir; son état s'était fort amendé. Il nous raconta que ses douleurs avaient reparu vers le milieu de la nuit, mais que 25 gouttes de chloroforme versées sur une compresse mouillée en avaient fait justice, ainsi que nous l'avions annoncé. Matin et soir, il avait pu répéter ces applications, en prenant le soin de ne pas les faire deux fois de suite sur le même point, et chaque fois les douleurs de l'épaule disparaissaient pendant environ huit heures. Pendant que l'agent anesthésique triomphait des accidents locaux, l'aconit agissait sur l'affection rhumatismale, et chaque jour les douleurs diminuaient d'intensité, en même temps que les mouvements augmentaient d'étendue. A la fin de la semaine cet homme était guéri.

Quelque large que soit la part que l'on veuille faire aux applications anesthésiques, il est impossible de leur attribuer la guérison si prompte de cette arthropathie, et de ne pas rapporter celle-ci principalement à l'intervention de l'aconit. Les ventouses au début, puis les applications de larges vésicatoires sur l'épaule, constituant les seules ressources thérapeutiques conseillées contre ces arthropathies, nous avons cru utile d'appeler l'attention des praticiens sur l'action de l'aconit. Reste à l'expérimentation ultérieure à fixer si l'intervention, si prompte de cet agent dans ce cas, n'était pas due exclusivement à la prédominance de l'élément névralgique.

RÉPERTOIRE MÉDICAL.

CHLOROFORME (*Emploi du*) *en vapeur contre le ténesme.* Au moment où l'on parle tant de l'instrument de M. Hardy, et de l'emploi des vapeurs du chloroforme, comme moyen de calmer les douleurs utérines, il n'est peut-être pas sans quelque intérêt de rappeler qu'un médecin allemand, M. Ehrenreich, a employé, il y a quelque temps, ces vapeurs avec succès chez un malade affecté de dyssenterie, et souffrant d'un ténesme intense et douloureux. Dans une seringue à lavement, dont le piston laissait un espace libre de quatre pouces environ, ce médecin versa 30 gouttes de chloroforme. Lorsque celui-ci se fut mêlé à l'air, il poussa les vapeurs dans l'intestin, au moyen d'une canule ordinaire. Après l'irritation passagère qui se manifesta, le ténesme disparut pendant trois heures, et avec lui les évacuations alvines. La matière de celles qui survinrent plus tard était d'un meilleur aspect et contenait considérablement moins de sang. Le ténesme s'étant montré de nouveau, le lendemain, M. Ehrenreich versa 30 gouttes de chloroforme sur une petite éponge, qu'il appliqua au moyen d'un verre à ventouse sur l'orifice anal déplissé. Cette application fut suivie du même résultat, mais produisit une irritation locale un peu plus vive. Par suite, l'auteur s'est demandé si, dans des cas semblables, une petite bouteille contenant un drachme de chloroforme, qu'on vaporiserait à l'aide de la chaleur des mains ou de l'eau chaude, et dont les vapeurs seraient conduites dans le rectum par un tube d'une longueur convenable en caoutchouc, n'aurait pas le même résultat. — Mais, en vérité, comment MM. Ehrenreich et Hardy ne se sont-ils pas rappelés que, avant eux, la chose avait été faite et par M. Pirogoff et par M. Dupuy, qui, tous deux, avaient cherché à introduire les vapeurs du chloroforme par la voie rectale? Seulement, ces deux derniers médecins cherchaient à obtenir l'anesthésie générale; tandis que, dans les expériences actuelles, il s'agit seulement d'un effet local; mais, en somme et au fait, la chose n'est-elle pas la même, et qu'y a-t-il par conséquent de nouveau au fond de toutes ces tentatives, si ce n'est un instrument plus commode et plus ingénieux que ceux que l'on avait jusqu'ici pour faire arriver ces vapeurs dans les cavités intérieures? (*Preuss. Verzeit.*, et *Annal. méd. de la Flandre occ.*, janv.)

CREOSOTE. *Son efficacité contre le vomissement dans le choléra.* L'étude de la valeur de ce médicament est loin d'être terminée, surtout en France. A ce titre, autant que comme ressource nouvelle contre les premiers symptômes du choléra, nous croyons devoir noter les quatre observations suivantes, rapportées par M. C. Weber, chirurgien à Trueburg. Les trois premières observations se rapportent à des enfants de neuf, onze et dix-huit mois, affectés du choléra. Il y avait vomissements et selles caractéristiques, aphonie, chute des forces, refus des aliments et embarras gastrique. M. Weber prescrivit toutes les deux heures une cuillerée d'une décoction de salep (100 grammes), dans laquelle on avait mis une goutte de créosote. Dès les premières doses, les vomissements s'arrêtèrent, et bientôt les malades furent rétablis. La quatrième observation concerne un homme de quarante-quatre ans, qui, depuis la veille, avait des vomissements bilieux, des selles blanches extrêmement abondantes et des crampes dans les mollets, le tout accompagné d'une extrême prostration. M. Weber prescrivit deux gouttes de créosote dans 150 grammes de décoction de salep, et 30 grammes de sirop de guimauve, à prendre toutes les deux heures par cuillerée à bouche; trois cuillerées suffirent pour faire cesser les évacuations. Peut-être augmenterait-on l'efficacité de la créosote, si on la mêlait à la poudre de charbon, qui a donné de bons résultats dans les mêmes circonstances. (*Allgemein. med. cent. Zeitung.*)

CREPITATION *douloureuse des tendons* (*Emploi des sinapismes contre la*). Cette crépitation, qui est très-fatigante pour les malades, cède, à ce qu'il paraît, avec facilité, à l'emploi des sinapismes. Deux hommes atteints de cette maladie se sont présentés dans le service de M. Nélaton.

Chez l'un d'eux, le mal avait son siége dans la gaîne du long extenseur du pouce; chez l'autre, dans une bourse séreuse, développée accidentellement au niveau d'une ancienne fracture de l'avant-bras. Ces deux malades ont été traités par de simples sinapismes, et bien que la crépitation durât depuis quatre ou six jours, elle a cédé, comme par enchantement, à l'action rubéfiante de ces topiques. (*Jour. de méd. et de chir. prat.*, et *J. de méd. de Bruxelles*, févr.)

DIABÈTE SUCRE (*Valeur comparative de quelques-uns des traitements recommandés contre le*) *et en particulier des alcalins, de l'opium*, etc. Sous ce titre un médecin de l'hôpital de Westminster, M. Basham, vient de publier d'intéressantes recherches qui, pour ne pas reposer sur un très-grand nombre de faits, n'en sont pas moins dignes de toute l'attention des médecins, à ce point de vue surtout qu'elles confirment tout ce qu'on savait déjà de l'utilité des alcalins et de l'opium dans le traitement de cette redoutable affection.

On sait combien la chimie pathologique a à revendiquer dans le traitement le plus efficace du diabète, et il n'est pas étonnant que M. Basham ait cru de son devoir de soumettre à l'expérimentation certains traitements que la chimie semblait indiquer comme de nature à entraver soit la production, soit l'excrétion du sucre. Ainsi M. Basham a administré à deux malades le permanganate de potasse, dans le but de faciliter la transformation acide du glucose dans l'économie; et bien que ce médicament n'ait eu aucun effet fâcheux, les malades en ont pris dix grains sans aucun trouble dans les fonctions digestives : les symptômes de la maladie ont été à peine modifiés, la soif seule a été un peu moindre; peut-être même les fonctions de l'estomac se sont-elles faites mieux dans un cas. En revanche, la quantité de sucre, au lieu de diminuer, a sensiblement augmenté, bien que la quantité des urines fût un peu diminuée. Quant à l'administration des agents destinés à retarder la conversion des aliments amylacés en sucre, elle a été également sans avantages dans un cas, quoique le malade en ait continué l'emploi pendant vingt-un jours; la densité de l'urine ne descendit jamais au-dessous de 1040; tandis que, après la cessation de ce traitement, d'autres moyens firent beaucoup descendre, pour un temps, la proportion du sucre. Le sulfite de soude et la glycérine ne paraissent donc pas résoudre mieux le problème que le permanganate de potasse.

L'acide hydrochlorique a paru, au contraire, à M. Basham avoir une influence remarquable dans un cas; les fonctions digestives ont été activées, la flatulence diminuée : ajoutons que ce médicament doit toujours être administré quelques minutes avant le repas. Quant aux diaphorétiques, M. Basham les a administrés en même temps que l'opium, et cela nous amène à dire que ce médecin a toujours trouvé l'opium un moyen palliatif puissant, à ce point de vue surtout qu'il agit comme diaphorétique : la soif est moindre, la quantité d'urine diminue; mais le sucre continue à être excrété avec la même abondance, et la condition physique du malade n'est pas sensiblement améliorée. Il y a d'ailleurs des constitutions qui supportent mieux que d'autres les opiacés.

Mais les médicaments qui, entre les mains de M. Basham, ont compté le plus de succès, sont les alcalins, et en particulier le carbonate d'ammoniaque. L'une des observations rapportées par ce médecin est très-remarquable à ce point de vue que le malade est sorti de l'hôpital parfaitement guéri. M. Basham ajoute du reste avec grande raison qu'il y a beaucoup de différence entre les résultats de ce traitement dans les hôpitaux et dans la pratique civile, par cela même que le traitement par les alcalins doit être associé à une grande régularité dans le régime, et qu'il réclame par conséquent, de la part des malades, une certaine dose d'intelligence, qu'on retrouve plus facilement chez les malades des classes aisées et instruites de la société. (*The Lancet*, janvier 1854.)

LUMBAGO *rapidement guéri par le liniment de Home*.—Nous avons fait connaître dernièrement la composition du liniment employé par Home contre le lumbago, liniment dont la formule comprend avec la poudre de camomille une certaine quantité de camphre dissous dans la térébenthine, du savon noir et quelques grammes de sel marin. Dans un fait qu'il a consigné dans la Revue thé-

rapeutique du Midi, M. le docteur Barrère a vu l'application de ce liniment trois fois par jour faire disparaître en vingt-quatre heures un lumbago, dont les douleurs horribles condamnaient la malade au repos le plus absolu.

OPHTHALMIES SCROFULEUSES (*Emploi des fumigations d'iode dans les*). Témoin des bons effets qui suivent l'emploi topique de l'iode dans les cas d'ulcères et de tumeurs scrofuleuses, un des médecins de l'Hôtel-Dieu de Lyon, M. Bouchet, a pensé que ce métalloïde présenterait les mêmes résultats si on venait à le mettre en contact avec la muqueuse palpébrale affectée d'ophthalmie diathésique. Ce médecin s'est proposé, en conséquence, de traiter les malades atteints d'ophthalmie scrofuleuse par les vapeurs d'iode dirigées sur les yeux au moyen d'un petit appareil composé de la manière suivante: sur une capsule en métal chauffée au degré voulu, on projette quelques fragments d'iode; on place au-dessus de la capsule une sorte d'entonnoir qui est terminée par embouchure en forme d'œillère. De cette manière, la vapeur est entièrement recueillie, et la surface oculaire est soumise à son action aussi longtemps qu'on le désire, sans que le malade soit suffoqué par l'odeur pénétrante de l'iode. Les deux observations que l'interne du service, M. Beauclair, publie à l'appui de ce nouveau mode de traitement, ne sauraient suffire pour faire admettre dans la pratique un moyen rationnel, sans doute, mais dont l'efficacité est encore douteuse. Est-il bien démontré que les localisations morbides cèdent seulement à l'action topique des agents capables de combattre l'état général, et lorsqu'on a réellement triomphé de la diathèse? La plupart des modificateurs locaux conseillés en ophthalmologie ne suffisent-ils pas dans ces cas? Le moyen employé par M. Bouchet n'en mérite pas moins d'être signalé au point de vue de la facilité qu'il présente de pratiquer les fumigations oculaires. (*Gaz. méd. de Lyon* et *Jour. méd. de Bruxelles*, janvier.)

PARALYSIE *générale du sentiment et du mouvement affectant le type intermittent, guérie par le sulfate de quinine*. L'observation suivante est un exemple rare et curieux de névrose intermittente, que l'on qualifierait plus justement que ne l'a fait le recueil auquel nous l'empruntons, en renversant les termes et la désignant sous le nom de *fièvre intermittente larvée à forme paralytique*. Voici le fait :

Obs. Une femme, âgée de vingt-quatre ans, très-nerveuse, venant d'accoucher naturellement de son second enfant, fut prise, deux jours après, sans cause connue, de fourmillements dans les pieds; ces fourmillements gagnèrent les jambes, les cuisses, le tronc et les membres supérieurs. La langue se prit et devint tellement embarrassée, que la malade ne pouvait se faire comprendre. Il y avait de la fièvre sans que la malade ressentît le moindre mal à la tête. Elle ne pouvait avaler qu'avec la plus grande difficulté les boissons qui lui étaient présentées. Elle voyait qu'on lui remuait les mains, les bras, mais elle n'en avait pas le moindre sentiment. Il existait, en un mot, une paralysie générale. On fit prendre quelques cuillerées d'une potion antispasmodique. Trois heures après l'invasion des premiers symptômes de la paralysie, les pulsations se ralentirent, la chaleur se calma peu à peu, la langue et les membres reprirent l'usage de leurs fonctions; la paralysie, en un mot, disparut, et tout rentra dans l'ordre.

Le lendemain, à trois heures du matin, cette femme sentit la chaleur parcourir tous ses membres; son corps fut presque aussitôt couvert de sueur; les fourmillements qu'elle avait ressentis la veille à midi reparurent dans le même ordre : la langue s'embarrassa de nouveau, et la paralysie survint comme la veille, la tête restant parfaitement libre. La malade éprouvait une grande difficulté pour parler; elle avalait sa tisane avec peine. Le médecin constata une paralysie du mouvement et du sentiment. Les lochies n'étaient point supprimées, la langue n'était point saburrale, elle était humide et rosée; pas la moindre trace de céphalalgie. Le lait était de bonne nature et abondant. L'enfant était fort et vigoureux. Le pouls était assez développé (108 puls.); la vue n'était point affaiblie, l'ouïe s'exerçait comme à l'état normal; la malade n'accusait de douleur nulle part. La contractilité de la vessie ne fut jamais diminuée, et l'on n'eut pas besoin de recourir à l'usage de la sonde pour provoquer l'émission de

l'urine. On prescrivit deux verres d'une infusion de valériane, à prendre dans la journée, et, dans l'intervalle, quelques cuillerées d'une potion fortement antispasmodique. Le jour suivant, dans la matinée, la malade se trouvait parfaitement : elle avait bien passé la nuit, et la paralysie de la veille n'avait duré que cinq heures; mais, vers trois heures de l'après-midi, elle sentit quelques gouttes de sueur mouiller son front et regarda l'invasion de la paralysie comme prochaine. En effet, quelques instants plus tard, les fourmillements se montrèrent dans le même ordre, et la paralysie survint, comme les jours précédents, complète dans les membres, avec intégrité et calme de l'esprit, et sans céphalalgie.

L'intermittence des phénomènes ne pouvait laisser de doute dans l'esprit du médecin sur le genre de médication à adopter; aussi prescrivit-il 60 centigrammes de sulfate de quinine à prendre en trois doses, à deux heures d'intervalle, dès que la paralysie aurait disparu. Le lendemain, la malade était parfaitement bien. Pouls à 64. Les phénomènes de paralysie avaient duré six heures. Bien que l'agent médicamenteux eût été pris, les phénomènes morbides reparurent à trois heures du soir et persistèrent huit heures. La dose de sulfate de quinine fut portée à 75 centigrammes et prise en trois fois, dans les mêmes conditions que la première. A dater de l'administration de cette dernière dose, la paralysie ne se montra plus, et la malade, ayant continué l'usage de l'antipériodique pendant quelque temps, se rétablit bientôt.

C'est là, on le voit, un de ces exemples frappants de l'efficacité du sulfate de quinine contre les phénomènes de périodicité accompagnée de mouvement fébrile, à quelque ordre de phénomènes pathologiques qu'ils appartiennent, autant qu'un exemple rare de névrose se montrant à la suite de couches. (*Gaz. méd. de Toulouse* et *Ann. méd. psychologiques*, janvier 1854.)

RHAMNUS *frangula* (*Sur les propriétés purgatives du*). Le *rhamnus frangula*, *nerprun bourdaine*, est un grand arbrisseau indigène, très-commun dans les endroits humides des forêts, dont l'écorce fraîche, donnée à la dose d'une demi-once à une once pour une décoction de six onces, provoque ordinairement de nombreux vomissements, accompagnés quelquefois d'évacuations alvines; tandis que, sèche et vieille d'une année, cette écorce, à la même dose, est un purgatif excellent, et peut-être même le meilleur purgatif que nous ayons, comme simple évacuant, parmi les purgatifs indigènes. En effet, dit M. Ossieur, qui depuis cinq ans en a fait l'expérience sur un grand nombre de personnes et sur lui-même, le *rhamnus frangula* produit des selles molles, sans douleur aucune, ne détermine jamais ni irritation des muqueuses, ni relâchement intestinal, ne donne pas lieu à un retard consécutif des selles; enfin, loin de déranger les fonctions digestives, il semble, au contraire, les rendre plus actives. C'est donc un purgatif doux, un évacuant pur et simple, qui opère sans occasionner aucun trouble momentané ou consécutif, et qui doit à ces circonstances de pouvoir être employé, sans inconvénient, dans beaucoup de cas, et, en particulier, dans la constipation habituelle des vieillards. — D'après M. Ossieur, le meilleur mode d'employer ce purgatif consiste à prendre les tiges sèches, non dépouillées de leur écorce et coupées menu, que l'on fait bouillir dans une quantité donnée d'eau; on avale une tasse de cette décoction saturée, que l'on peut édulcorer à volonté. Le plus souvent deux heures après, a lieu, sans coliques, une évacuation de matières fécales. Le rhamnus frangula présente enfin le grand avantage qu'il est à la portée de tout le monde, et sans valeur vénale. (*Annales méd. de la Flandre occid.*, janvier 1854.)

TEREBENTHINE (*Effets qui résultent de l'exposition continuelle aux vapeurs d'huile essentielle de*). Les progrès de l'industrie semblent créer de jour en jour des maladies nouvelles, et la raison en est facile à comprendre : de nouveaux agents, souvent très-actifs, très-peu mis en usage ou donnés seulement à dose médicamenteuse, se trouvent tout d'un coup employés sur une grande échelle, et de leur emploi résultent souvent des accidents dont la cause peut rester inconnue pendant quelque temps. C'est à cause des erreurs auxquelles ces circonstances peuvent donner lieu, que nous nous

empressons de faire connaître ces accidents. Aujourd'hui c'est le tour de l'essence de térébenthine.

Depuis quelque temps, cette substance est fort employée, dans les arts, pour dissoudre le caoutchouc, et en Amérique surtout cette industrie a une très-grande extension. Eh bien! il résulte d'un travail de M. Harris que, dans toutes ces fabriques, pendant les premiers mois où ils y sont employés, les ouvriers souffrent beaucoup d'irritation vésicale, de strangurie, de vertiges, de nausées, après quoi la tolérance est complète. Ces accidents sont souvent très-prononcés, au point que quelques ouvriers, ne parvenant pas à s'acclimater, sont forcés de renoncer à ce travail. C'est chez les hommes que la térébenthine manifeste surtout son action vers les voies urinaires; chez les femmes, c'est plutôt par des phénomènes nerveux. M. Harris cite deux jeunes filles chez lesquelles ces vapeurs avaient amené un état d'insomnie et de malaise, suivi d'un état d'irritabilité nerveuse et mentale, qui touchait presque à la manie. Pendant les trois mois qu'elles avaient été occupées dans ces fabriques, ces jeunes filles avaient été affectées de dysménorrhée, de ménorrhagie et de leucorrhée; tout leur corps était couvert, en outre, d'une éruption eczémateuse, qui ne tarda pas à disparaître, ainsi que tous les autres symptômes, lorsque ces deux jeunes personnes eurent renoncé à ce travail.

Dans les circonstances dans lesquelles ces accidents se sont produits, il était assez facile, surtout chez les hommes, de remonter à leur cause; mais il peut n'en être pas toujours de même. M. Harris cite, à cet égard, le fait d'un journalier occupé sur les ports à décharger les navires, et qui vint le consulter pour une irritation vésicale avec dysurie et véritable néphrite. Les organes urinaires étaient dans un état d'irritation excessive: efforts de miction presque continuels n'amenant que quelques gouttes d'urine sanglante ou de sang pur; douleurs vives dans le dos et dans les reins; nausées, vertiges, troubles de la vision. Le malade ne savait à quoi rapporter l'origine de ces accidents, et ce fut M. Harris qui, en l'interrogeant, apprit qu'il avait travaillé pendant trois jours à opérer un déchargement d'essence de térébenthine: dès la fin du deuxième jour, les accidents avaient commencé, et à la fin du troisième, il était dans l'état qui vient d'être décrit. Des boissons abondantes, calmantes et délayantes, un bain tiède, etc., firent tomber tous les accidents en quarante-huit heures. Trois autres cas semblables furent observés sur le même navire, et M. Harris a appris, depuis, que ces accidents ne sont pas rares sur les ports, surtout par les temps chauds.

Quant au traitement à opposer à ces accidents, il consiste dans l'emploi des délayants, des calmants, donnés en boissons avec abondance, des bains tièdes; et, dans les cas les plus intenses, de quelques émissions sanguines locales aux lombes, à l'hypogastre ou au périnée. (*New-York journ. of med.*)

TUMEUR SANGUINE *de la joue traitée avec succès par l'injection avec l'acétate de peroxyde de fer.* M. Lussana vient d'adresser à l'Académie des sciences une note sur l'action coagulante de l'acétate de fer. Les renseignements que ce chirurgien fournit sur les symptômes de la tumeur ne nous permettent pas d'accepter le titre qu'il donne à son observation: Cure radicale d'un anévrisme de l'artère maxillaire externe. L'absence de battements dans la tumeur laisse même supposer qu'il a eu affaire, sinon à une tumeur veineuse enkystée, au moins à une tumeur érectile. Le succès qui est venu couronner sa tentative permet toutefois de signaler ce fait:

Obs. Marie Gelmi, jeune fille âgée de vingt-deux ans, avait depuis longues années une tumeur molle, fluctuante et homogène, dans l'épaisseur de la joue gauche, entre le coin de la bouche et l'angle de la mâchoire. La forme de cette tumeur était ovoïde, et son volume celui d'une grosse noix. Une piqûre faite avec une fine aiguille en avait laissé s'échapper un jet de sang rutilant, ce qui ne permettait plus de doutes sur la nature anévrismatique artérielle de la tumeur. « Dans le courant de janvier de cette année, chez mon ami le docteur Gelmi, et avec son concours, je pratiquai dans la tumeur, à l'aide d'une lancette très-effilée, une ponction de 3 millimètres environ de largeur, du côté qui regardait la cavité buccale. A peine l'in-

cision fut-elle pratiquée, que le sang en jaillit rouge et abondant. J'introduisis aussitôt dans la plaie le bec effilé d'une petite seringue en verre remplie d'*acétate de peroxyde de fer* pur. Je poussai dans la tumeur de huit à dix gouttes de la solution hémostatique, et, après en avoir sorti l'appareil injecteur, je tins mon doigt sur l'incision pendant une minute à peu près. L'ayant alors retiré, on ne vit plus aucune goutte de sang s'échapper de l'ouverture; la tumeur, de molle et fluctuante, était devenue solide et dure, et avait légèrement augmenté de volume. La malade n'avait jeté qu'un petit cri au moment de l'injection; mais la douleur qui l'avait causé s'était aussitôt arrêtée... Les jours suivants se passèrent sans que le sang sortît par la petite ouverture. La tumeur devint plus dure et plus épaisse, et ses contours enflèrent légèrement, par suite d'œdème sous-cellulaire. Il n'y eut point d'inflammation. La jeune fille se porta constamment bien et put vaquer sans interruption à ses travaux journaliers. Au bout d'une semaine, l'enflure œdémateuse s'était effacée; la tumeur, toujours dure, diminua peu à peu par absorption lente et graduelle. Le dixième jour, une piqûre d'essai, qui avait dépassé l'épaisseur de la muqueuse buccale, ne fit pas sortir de sang et rencontra la résistance très-sensible du caillot anévrismatique. La résorption se continue avec régularité, et la forme du visage y gagne sensiblement chaque jour. »

L'emploi de l'acétate de fer a été suggéré à ce chirurgien par M. Ruspini, qui, à la suite de nombreux essais sur l'albumine, aurait été conduit à admettre dans ce sel une puissance coagulante aussi énergique que celle du perchlorure de fer et ne devant pas présenter les inconvénients que le chlore amène toujours à la suite de l'injection de ce dernier sel. Les erreurs fourmillent dans ces assertions; nous nous contentons, pour le moment, de signaler le fait. (*Compte rendu de l'Académie des sciences*, février.)

VAGINITE (*Traitement de la*) *par l'isolement avec le tampon de ouate, par la cautérisation et les poudres absorbantes de quinquina et de charbon.* Ce n'est pas chose nouvelle, sans doute, que le traitement de la vaginite par l'écartement des surfaces malades au moyen d'un tampon de ouate ou de charpie; mais ce qui donne de l'intérêt à la communication de M. Thiry, c'est la manière dont il distribue son traitement suivant la forme des cas, et surtout l'association au tamponnement de l'emploi des poudres absorbantes.

Si l'inflammation est légère, nous prescrivons tout d'abord, dit-il, un bain général et un léger purgatif salin. Puis, la femme placée dans une position convenable, nous appliquons le spéculum : nous nous rendons compte du degré et de l'étendue de la phlegmasie. A l'aide d'un pinceau, nous nettoyons la surface de la muqueuse vaginale; nous étendons sur la partie enflammée de la poudre fine de charbon ou de quinquina (l'auteur préfère le charbon quand l'inflammation est très-forte, et surtout accompagnée d'un écoulement abondant, et réserve le quinquina pour les femmes d'une constitution plus faible, et chez lesquelles on trouve peu de résistance et de la flaccidité dans les tissus), et nous terminons le pansement par l'introduction d'un tampon de ouate destiné à maintenir les poudres absorbantes sur les surfaces où elles ont été déposées. Le lendemain on répète la même opération et ainsi plusieurs jours de suite, jusqu'à guérison complète. Terme moyen, six jours suffisent pour guérir toutes les inflammations légères du vagin.

Si l'inflammation vaginale présente une intensité très-grande, le traitement est à peu près le même, sauf que l'on commence par une légère cautérisation substitutive, pratiquée de la manière suivante : le spéculum appliqué, et, le vagin soigneusement nettoyé, on cautérise rapidement avec un crayon de nitrate d'argent toutes les surfaces phlogosées, en commençant par celles qui sont le plus rapprochées du col utérin, et ainsi successivement, jusqu'à l'orifice vaginal. Au fur et à mesure que l'on cautérise, on isole les parties cautérisées avec des tampons de ouate, de telle manière que l'isolement soit complet. Cinq ou six heures après la cautérisation, la femme peut extraire le tampon isolant, et se faire des injections légèrement astringentes avec une dissolution de sulfate d'alumine, d'acétate de plomb ou une décoction de feuilles de noyer. Le lendemain, la cautérisation a ordinairement produit son

effet : la turgescence a diminué ainsi que tous les autres symptômes inflammatoires. Il ne reste plus alors qu'à recourir à l'isolement et aux poudres absorbantes. Une seconde cautérisation est rarement nécessaire. Par ce mode de traitement, huit jours suffisent pour guérir les vaginites simples les plus intenses.

M. Thiry combat la folliculite vaginale inflammatoire par la cautérisation avec le nitrate d'argent, l'isolement et les poudres absorbantes; même traitement dans la folliculite vaginale non inflammatoire, qui se montre chez les femmes à constitution lymphatique; seulement on insiste sur l'application de poudre de quinquina. Le même traitement réussit encore dans la folliculite des femmes enceintes. (*Journal de méd. de Bruxelles*, février 1854.)

VERATRINE (*Emploi de la*) *en applications extérieures, particulièrement dans le traitement des affections scrofuleuses des jointures.* Il ne faudrait pas que les nombreuses et utiles applications que l'on a faites de l'administration de la vératrine à l'intérieur, dans le traitement d'une foule d'affections, et, en particulier, de la pneumonie du rhumatisme articulaire aigu, etc., fissent oublier les avantages que peut offrir l'emploi extérieur de cette substance. Cet alcaloïde est susceptible en effet de rendre de grands services à la fois, comme moyen calmant et sédatif dans plusieurs affections douloureuses, et, spécialement, dans les névralgies, et comme agent révulsif et résolutif. C'est à ce point de vue qu'il faut considérer l'application qui vient d'en être faite par un chirurgien écossais, M. Klingner, au traitement de certaines maladies des articulations.

Ainsi que M. Klingner s'en est assuré, la vératrine est un agent des plus utiles pour résoudre les indurations et les gonflements qui persistent autour des articulations, à la suite des luxations et des entorses, ou bien après des inflammations chroniques de ces mêmes articulations. Les ulcères indolents et scrofuleux sont aussi modifiés d'une manière très-heureuse par son emploi, et arrivent rapidement à cicatrisation. Seulement le mode d'application varie suivant les circonstances, et réclame, suivant les cas, à la fois une grande persévérance de la part du malade, et de la part du chirurgien beaucoup de soin et d'attention. La dose de vératrine en pommade est de 25 à 50 centigrammes pour 30 grammes d'axonge, en faisant dissoudre préalablement la vératrine dans un peu d'alcool ou de teinture de capricum. On prend gros comme une petite fève de cette pommade et on en fait, sur les surfaces malades, des frictions douces et lentes, pendant un quart d'heure. Pas de bandage d'aucune espèce, à moins que le malade le demande ; auquel cas, on enveloppe la partie malade avec de la flanelle. S'il survient des démangeaisons ou une cuisson trop vives, on fait sur les parties malades des frictions avec la glycérine, qui, en les calmant, donne aussi plus de flexibilité et de moelleux aux mouvements articulaires.

En général, ce traitement a pour résultat de faire diminuer de jour en jour le gonflement, de rendre à l'articulation sa forme et aussi sa mobilité. Dans les cas de tumeur blanche avec dépôt scrofuleux et imminence d'ulcération, les frictions avec la pommade de vératrine, un gramme pour 30 grammes d'axonge, rendent à la peau sa vitalité, et s'il survient, comme cela a lieu quelquefois, du ramollissement, des dépôts tuberculeux, c'est du pus de bonne nature qui s'écoule après l'incision. M. Klingner donne, du reste, le conseil de ne pas interrompre les frictions après l'écoulement du pus, et de ne pas employer des cataplasmes, dans la crainte d'une inflammation trop vive ; il faut seulement avoir bien soin de ne pas faire toucher le bord de la plaie par la pommade de vératrine. Du reste, M. Klingner reconnaît que c'est surtout dans les maladies scrofuleuses des articulations superficielles, et principalement du genou, que la vératrine a une efficacité remarquable ; à plus forte raison réussit-elle dans les hydarthroses qui reconnaissent pour cause des lésions extérieures, l'action du froid ; dans celles qui succèdent au typhus, à la scarlatine, à la rougeole, ou dans les épanchements qui sont dus à des entorses, à des luxations et à l'inflammation chronique des bourses synoviales et des tendons. (*Glasgow Med. Journal*, 1854, janvier.)

VARIÉTÉS.

Le bureau de l'Association des médecins du département de la Seine se compose, pour l'année 1854, de MM. Paul Dubois, président ; Adelon et Bérard, vice-présidents ; Cabanellas, secrétaire général ; Vosseur, trésorier ; Gibert, secrétaire général honoraire ; Ménière, secrétaire annuel de la Commission générale ; Me Paillart de Villeneuve, avocat à la Cour impériale, conseil judiciaire.

Sur la proposition de la Commission générale, M. le docteur Perdrix, qui avait décliné l'honneur d'une troisième réélection, a été nommé par acclamation secrétaire général honoraire, conservateur des archives de la Société, avec voix délibérative dans tous les actes de la Commission générale et de son bureau.

Nous empruntons à son dernier compte-rendu de l'Association le passage suivant sur un fait de responsabilité médicale :

« La question du secret en médecine, dit M. Perdrix, a été de nouveau posée cette année, devant la Commission générale, à l'occasion de la citation d'un de nos membres, comme témoin, devant M. le juge d'instruction. Notre confrère n'avait pas cru devoir répondre, *en sa qualité de médecin*, aux questions qui lui étaient adressées. Une condamnation pour refus de déposer s'ensuivit. L'honorable sociétaire se rendit au sein de la Commission générale, extraordinairement convoquée à cet effet, pour lui donner connaissance de l'affaire et s'éclairer des lumières de l'Association, qui, comme vous le savez, à une époque déjà éloignée, en 1845, avait prêté assistance à un médecin de la Pointe-à-Pitre, frappé pour un acte semblable, qu'il considérait comme l'accomplissement d'une obligation rigoureuse de sa profession, et qui, s'étant pourvu en cassation, avait réclamé l'appui de ses confrères de la métropole.

« Il serait superflu de dire comment l'Association intervint alors, de vous parler de la savante consultation rédigée par notre Conseil judiciaire, Me Boulianger, et présentée à la Cour suprême, ainsi que de la remarquable défense de Me Paul Fabre. Ce qu'il importe de vous rappeler immédiatement, c'est l'arrêt de la Cour de cassation, qui a paru guider la Commission générale dans sa dernière décision. Cet arrêt décide en principe :

« 1° Qu'aucune loi n'autorise les médecins à refuser de répondre à la « justice qui les interroge, par le seul motif qu'il s'agit de faits dont ils ont « eu connaissance dans l'exercice de leur profession ;

» 2° Mais aussi que, lorsqu'un médecin déclare que ce qui a eu lieu entre « lui et son client a été confidentiel, la justice doit s'arrêter devant l'arti- « cle 378 du Code pénal.

« Ainsi, Messieurs, *la qualité de médecin et le fait professionnel* ne suffisent pas pour relever le médecin de l'obligation de déposer ; il faut, en outre, *la confidence, le secret confié.*

« C'est ce principe qui a prévalu au sein de la Commission générale, éclairée des lumières de son honorable et savant Conseil, Me Paillard de Villeneuve, aidée des réflexions, du jugement et de la haute raison de son digne président, M. le professeur Adelon.

« Notre confrère accueillit et partagea l'opinion de la Commission générale ; cité de nouveau devant M. le juge d'instruction, il déclara *qu'il regardait comme confidentiels* les faits sur lesquels il allait être interrogé, qu'en conséquence il croyait ne pouvoir répondre. Cette nouvelle déclaration parut suffisante à M. le juge d'instruction, qui s'arrêta devant elle. Or, de la forme et de la validité de cette déclaration, il ressort pour nous qu'il y a progrès ; car, d'après la jurisprudence antérieure, le médecin *devait déclarer* que les faits n'étaient arrivés à sa connaissance que confidentiellement et sous le sceau du secret, tandis que, par la déclaration qui précède, le médecin se fait arbitre, il déclare *qu'il regarde les faits comme confidentiels.* C'est donc la conscience qui doit guider le médecin, c'est la conscience qui devient le vrai, le seul juge ; et, pour appuyer ce que j'avance, je ne résiste pas au désir de vous citer les belles paroles d'un éminent jurisconsulte, membre de

la Cour de cassation, qui, en 1845, soutint et défendit noblement les droits et les prérogatives du corps médical.

« Ce quo l'étude d'une question si grave et si difficile, disait M. l'avocat-général Quesnault, a laissé de plus clair et de plus certain dans notre esprit, c'est que le devoir pour les médecins de garder les secrets à eux confiés dans l'exercice de leur profession est considéré par notre législation, par notre Code, comme un devoir d'ordre public. Or, il nous paraît peu conformo à l'esprit général de notre législation de punir comme un délit l'exécution trop scrupuleuse peut-être d'un devoir de cette nature. Dans l'état de nos idées et de nos mœurs, la raison d'utilité publique ne suffit plus pour transformer un acte en délit. Pour recevoir cette qualification, il faut que l'acte soit en même temps contraire à la loi morale: trouvons-nous ce caractère dans une résistance qui s'appuie sur un devoir d'ordre public?

« Ce qui nous frappe encore, c'est que cette résistance, qui s'appuie sur un devoir, part de la conscience d'un témoin, et que, pour obtenir une déposition exacte et sincère, c'est à la conscienec du témoin que la justice doit s'adresser. Or, il faut se garder de violenter la conscience des témoins. Le domaine de la conscience est celui de la liberté morale. La contrainte, la menace d'une peine peut faire parler des lèvres, mais non du cœur; et c'est le cœur qui doit s'ouvrir pour rendre hommage à la vérité et à la justice. Nous nous plaisons à penser que si notre opinion était adoptée, les médecins qui se révoltent aujourd'hui contre la contrainte s'empresseraient de reconnaître que leur conscience et la vraie dignité de leur profession sont intéressées à ne jamais exagérer leurs droits aux dépens de l'ordre public. »

« Nous livrons aux réflexions de tous nos honorables confrères ces remarquables considérations, ces pensées empreintes d'élévation et de sagesse. »

M. Nacquart, président de l'Académie de médecine, a succombé rapidement aux atteintes d'une pneumonie.

M. Moquin-Tandon, professeur de botanique à la Faculté de médecine, a été élu membre de l'Académie des sciences, en remplacement de M. Gaudichaud.

— M. le docteur Daremberg, qui a déjà été chargé, par M. le ministre de l'instruction publique, de différentes missions, vient de partir pour entreprendre de nouvelles recherches en Allemagne et en Italie. M. Daremberg doit recueillir dans les bibliothèques les manuscrits qui peuvent intéresser l'histoire de la médecine et l'histoire générale. M. Bussemaker est adjoint à M. Daremberg comme secrétaire.

Les pharmaciens seuls ont le droit de tenir et vendre des préparations inscrites au *Codex*. L'eau-de-vie camphrée étant de ce nombre, des épiciers chez lesquels on avait trouvé ce médicament ont donc été condamnés. — L'herboriste peut vendre seulement des plantes indigènes non topiques; il ne peut tenir chez lui, en dépôt, des médicaments portant le cachet d'un pharmacien; il ne peut préparer, vendre, ni débiter des médicaments, sans agir contrairement à la loi, qui est chargée de les réprimer, s'ils sont signalés à l'autorité par les jurys médicaux.

Le nombre des malades est très-considérable en ce moment à Paris Pour obvier à l'insuffisance du nombre des lits d'adultes dans les hôpitaux, et en attendant l'ouverture, si désirée, de l'hôpital de Lariboisière, l'administration do l'assistance publique vient d'établir à l'hospice de Bicêtre deux services supplémentaires qui ont été confiés à des médecins du Bureau central, MM. Moutard-Martin et Delpech. Bien qu'éloignés de Paris, ces services seront fort utiles, et ils permettront de recevoir un grand nombre de malades qu'on se trouvait, faute de place, dans la triste nécessité de refuser au Bureau central d'admission.

Le rédacteur en chef, E. DEBOUT.

THÉRAPEUTIQUE MÉDICALE.

ESSAIS SUR QUELQUES SUCCÉDANÉS ANTIPÉRIODIQUES DU QUINQUINA.

Par M. J. Delioux, médecin en chef de la marine à Cherbourg.

(Suite et fin) (1).

5° *Camomille et substances amères.* — Voici encore un groupe de médicaments qui ont été presque tous préconisés contre les fièvres d'accès. Citons particulièrement la fumeterre, le houblon, la gentiane, les centaurées, la chicorée sauvage et, par-dessus tout, la camomille. Ce sont ces plantes ou leurs analogues qui sont en possession de la renommée, comme fébrifuges, dans la médecine populaire. Les bonnes gens à recettes contre tous les maux citent par milliers les guérisons de fièvre dues à la petite centaurée, à la camomille romaine, et s'en vont, avec leurs adeptes, décriant la quinine, qu'ils s'efforcent de déclarer un remède inefficace ou dangereux. Dans les pays infestés par les miasmes paludéens, où l'on devrait ériger des autels au quinquina, on ne se fait pas une idée des absurdes préjugés qui s'élèvent contre cet admirable médicament. N'allez pas croire que les délabrements de l'estomac, les engorgements viscéraux, les hydropisies, l'amaigrissement et la cachexie soient attribués à la fièvre ; non : c'est la quinine qui est cause de tout cela, et ce ne sont pas seulement ceux qu'on appelle ignorants qui le disent, ce sont encore des gens qui passent pour avoir du sens et de l'esprit ; on ne vit jamais plus d'aveuglement joint à plus d'injustice. Et comme il arrive tantôt que les amers guérissent d'emblée, tantôt qu'ils enlèvent des fièvres qui ont résisté au quinquina, leur efficacité est proclamée souveraine, et la raison ne prévaut point contre eux.

La vérité est que les amers sont susceptibles d'enrayer des fièvres peu tenaces, les sporadiques surtout et les saisonnières, mais qu'ils sont complétement au-dessous des indications sévères des fièvres paludéennes ; à quelque dose que j'aie employé le plus puissant d'entre eux, la camomille, je ne l'ai jamais vue prévenir un seul accès de fièvre, et cela dans des circonstances décisives, dans un service d'hôpital et au milieu d'une endémie paludéenne. Et pourtant, loin de les repousser, je les ai largement accueillis dans ma pratique; mais à quel titre ? non comme les égaux, mais comme les adjuvants du quinquina. C'est principalement aux sujets atteints de fièvres anciennes et opiniâtres, à ceux surtout qui offraient les caractères de la cachexie paludéenne confirmée,

(1) Voir la livraison du 28 février, pag. 145.

que je prescrivais comme boisson habituelle les tisanes de petite centaurée, de houblon, de gentiane surtout et de camomille ; ainsi un antipériodique faible soutient l'action, parfois épuisée, de l'antipériodique par excellence ; ces amers toniques, légèrement stimulants, en outre antispasmodiques, comme la camomille, relèvent les forces digestives et assimilatrices, modifient heureusement l'état névralgique de l'estomac, s'il y a lieu, et, par un procédé dont le mode nous est inconnu, mais que l'observation constate, agissent sur la crase détériorée du sang, en préparant, en favorisant, sinon en déterminant sa reconstitution. Ne sont-ce pas là les services que ces médicaments, précieux dans la limite de leur pouvoir, rendent ailleurs dans les maladies nerveuses, dans les débilités organiques, dans les cachexies? Laissons-leur donc, dans la thérapeutique des maladies périodiques liées ou non à l'impaludation, une place qui sera d'autant plus honorable qu'on ne prétendra les adresser qu'à certaines indications, en ne les jugeant que des adjuvants utiles pour celles qui ressortent de l'élément périodique.

6° *Ferrugineux.* — Tous les auteurs conseillent les ferrugineux dans les fièvres intermittentes : le conseil est très-bon ; mais si l'on en induit, comme plusieurs l'ont fait, que les ferrugineux sont capables d'enrayer à eux seuls le retour périodique des symptômes fébriles, on se trompe ; mon expérience, du moins, m'autorise à le dire, car, quelque préparation de fer que j'aie employée contre les fièvres vierges de tout traitement, je n'ai recueilli que des insuccès.

Ainsi j'ai essayé de traiter des fièvres paludéennes par le sulfate de fer seul, suivant la méthode de Marc ; je n'ai point réussi.

J'ai expérimenté un mode de traitement plus récemment préconisé par M. Fraeys (V. Union médicale, 1848, p. 554) ; ce médecin, accordant une extrême confiance au sous-carbonate de fer, l'administre à la dose de 4 grammes, en trois prises, dans les trois heures qui précèdent l'accès ; mais il préfère encore à ce sel employé seul son association avec 30 centigrammes de sulfate de quinine, mélange qu'il assure être plus puissant que le sulfate de quinine seul à des doses supérieures. Il faut, de plus, comme condition *sine quâ non* de succès, que le remède soit donné au malade pendant qu'il est à jeun et pendant qu'il se tient au lit. Ce médecin a traité ainsi les fièvres les plus graves, les plus rebelles, *sauf les pernicieuses toutefois*, et dit avoir à peu près constamment réussi et n'avoir presque jamais eu de récidives.

J'ai suivi ponctuellement les prescriptions de M. Fraeys, et, moins heureux que lui, je n'ai obtenu que des résultats négatifs; avec le sous-carbonate de fer, j'ai constamment échoué ; en l'associant aux 30 centigrammes de sulfate de quinine, l'action fébrifuge se prononçait assez peu

pour me forcer, en définitive, à ne recourir qu'au sel quinique, et encore à une dose plus élevée, la précédente étant tout à fait insuffisante pour arrêter une fièvre paludéenne. Donc, je suis fondé à dénier aux ferrugineux, comme primitives et directes, des propriétés antipériodiques ; mais, en tant que secondaires et médiates, elles existent très-certainement. En effet, l'une des conséquences les plus ordinaires de l'impaludation, c'est l'appauvrissement du sang en globules, et, partant, en fer; le même résultat se produit probablement chez les individus atteints de maladies périodiques d'origine non paludéenne ; conséquemment l'idée théorique conduit à l'emploi du fer pour combattre la chloro-anémie liée à l'intoxication des marais, et, dans un sens plus général, au périodisme morbide ; en parant à l'une des indications importantes de la maladie, en reconstituant le sang, les préparations de ce métal raniment les forces normales de l'organisme et le rendent plus apte à réagir contre la cause qui entretient la périodicité des actes pathologiques. Aussi n'est-il point de pratique plus saine que de constituer le traitement des fièvres anciennes et rebelles avec un régime analeptique, des amers et du fer, appuyés sur les préparations qui contiennent toute la substance du quinquina; que si les accès récidivent encore, avec plus ou moins de fréquence ou de régularité, on recourra légitimement à la quinine, qui trouvera alors l'organisme mieux disposé à subir son influence.

En un mot, les ferrugineux ne sont que des fébrifuges indirects ; ils agissent en sous-œuvre, facilitant et soutenant la cure, mais ils ne la décident point. Ceci, du reste, n'est point une opinion nouvelle, c'est l'humble confirmation de celle des grands maîtres, tels que Sydenham, Stoll et Bretonneau.

7° *Médication évacuante.* — La médication évacuante a été surabondamment appliquée aux fièvres d'accès ; dans de certaines limites, elle méritait de l'être ; j'ai parlé de son opportunité, concurremment avec l'arsenic et le quinquina. Je ne m'occupe ici que de sa valeur antipériodique dans les cas où elle est seule employée.

Les fièvres périodiques ont souvent été traitées de la manière suivante :

Au début du traitement, après un accès, après le premier, si l'on est appelé à temps, un vomitif, tartre stibié ou ipécacuanha, seuls ou associés ; après le second accès, un purgatif, que l'on choisit ordinairement parmi les sels neutres alcalins.—Et s'il survient un troisième accès? J'ai connu des partisans de cette méthode qui, à cette question, répondaient résolûment : Le troisième accès ne viendra pas. C'est trop absolu ; si l'on a affaire à une fièvre sporadique, non miasmatique, ce résultat est possible, même dans une grande généralité de cas ; mais j'ai éprouvé la

méthode et je l'ai trouvée très-insuffisante en face des fièvres paludéennes; ou le troisième accès apparaît, ou, au bout de quelques jours d'un calme trompeur, survient une rechute; force est bien alors de se confier à la quinine. Maintenant, autre question : le vomitif et le purgatif antécédemment prescrits auront-ils assez modifié, affaibli l'état morbide pour que la quinine agisse plus promptement et à moindre dose que si l'on y avait eu recours sans préambule? Le fait est encore possible, mais non d'une manière absolue, de sorte que très-souvent les évacuants n'ont établi qu'une médication préparatoire, bonne à corriger l'état saburral des voies digestives, et laissant après elle, dans toute sa vigueur, un élément morbide que les spécifiques antipériodiques ont à combattre de nouveau et selon toutes les règles.

Toutefois, la médication évacuante mérite d'être prise en considération dans le traitement des fièvres intermittentes; hors des conditions d'impaludation, elle peut très-souvent dispenser de l'emploi du quinquina. Dans les circonstances contraires, elle peut être essayée contre ces fièvres, désespérantes par leur ténacité, que déracine parfois inopinément une secousse violente, comme celle déterminée par les vomitifs et les purgatifs. En pareille occurrence, ayant expérimenté un grand nombre des agents susceptibles de solliciter les sécrétions intestinales, j'ai cru reconnaître que le séné était de tous le plus utile; administré pendant l'apyrexie, soit par l'estomac, soit par le rectum, il m'a semblé agir, non-seulement par la perturbation, suite de l'effet purgatif, mais encore par une légère spécificité sur l'état périodique. Cette action peut s'expliquer, à la rigueur, par la portée toute spéciale du séné sur l'innervation émanée du grand sympathique, comme le démontre le surcroît d'énergie des contractions musculaires des organes animés par ce nerf, se développant sous l'influence bien connue de ce médicament. Le séné n'est point un purgatif ordinaire, et son électivité d'action sur le trisplanchnique qui me paraît être, comme l'ont pensé plusieurs pathologistes, l'un des principaux foyers morbides des fièvres intermittentes, pourrait, jusqu'à un certain point, rendre compte des modifications qu'il serait susceptible d'apporter dans l'évolution symptomatique de ces maladies.

L'un des meilleurs modes d'administration du séné consiste à l'adjoindre à l'infusion de café torréfié, qui a le double avantage de masquer sa saveur, et d'unir aux siennes ses propriétés fébrifuges. Le séné se donne à dose purgative, variée suivant les tempéraments et les âges, en ne recherchant qu'une purgation modérée.

Quant aux vomitifs, je préfère l'ipécacuanha au tartre stibié.

A la fin de mon séjour à Rochefort, j'avais eu l'idée, que je n'ai

pas eu le temps d'appliquer, d'essayer contre les fièvres intermittentes le tartre stibié et l'ipécacuanha à hautes doses, suivant la méthode rasorienne. Il serait possible que l'on arrivât : 1° en maintenant, pendant quelques jours, l'économie sous le coup d'une intoxication continue, à primer ainsi, par une sorte de substitution, l'action du miasme paludéen ; 2° à rendre impossible la réaction fébrile par la permanence de l'hyposthénie obtenue, et, par le même fait, à user la tendance périodique de cette réaction.

Il reste à savoir si l'expérience justifierait ces présomptions, auxquelles jusque-là je n'attacherai pas une grande valeur.

8° *Chlorures.* — Il est assez curieux que la plupart des chlorures alcalins aient été recommandés comme fébrifuges ; ainsi, en première ligne, vient le chlorure de potassium, l'antique sel fébrifuge de Sylvius ; puis le chlorure de baryum, le chlorhydrate d'ammoniaque, et enfin le chlorure de sodium, préconisé par M. Scelle-Montdézert ; le chlorure de soude (liqueur de Labarraque) fut aussi indiqué au même titre, il y a quelques années, par un médecin de l'armée d'Afrique, dont je n'ai pas retrouvé le nom. J'avoue que je n'ai été tenté d'essayer que le chlorure de sodium, et la répugnance des malades, jointe à des résultats peu concluants, m'a promptement amené à y renoncer.

Serait-ce que le chlore imprimât aux composés dont il fait partie la propriété antipériodique ? Il serait intéressant de vérifier si le chlorhydrate de quinine, sel inusité, n'aurait pas, comme composé chloré, une certaine suprématie sur le sulfate du même alcaloïde.

Sans me préoccuper de sa qualité de composé chloré, mais en spéculant sur la possibilité de rencontrer des médicaments fébrifuges dans les métaux altérants d'une énergie comparable à celle de l'arsenic, j'ai eu la pensée d'expérimenter le bichlorure de mercure ; j'ai donné, sous forme de solution, ce sel à la dose de 1 à 3 centigrammes, dans l'apyrexie ; j'ai cru d'abord à quelques succès, mais, en insistant sur les expériences, je n'ai reconnu au sublimé aucune vertu antipériodique certaine et franche. Je crois cependant devoir signaler ces résultats négatifs, ne fût-ce que pour mettre en garde contre l'éloge fait, à diverses reprises, des propriétés fébrifuges du calomel, cette panacée universelle des médecins anglais.

9° *Ammoniacaux.* — M. Aran a publié, dans le *Bulletin de thérapeutique* (30 octobre 1851), un travail intéressant sur l'emploi du chlorhydrate d'ammoniaque dans le traitement des fièvres intermittentes. Peu après, M. Padioleau, de Nantes, annonça à l'Académie de médecine (séance du 4 novembre 1851) qu'il avait obtenu d'excel-

lents résultats d'une préparation en usage dans diverses contrées marécageuses; c'était un opiat composé de sel ammoniac, d'absinthe, de tamarin, de chardon bénit, mais où la poudre de quinquina entre dans des proportions très-supérieures à celles des autres ingrédients. Les observations de M. Aran, portant sur le sel ammoniac seul, sont donc beaucoup plus concluantes, et il aura rendu un véritable service à la thérapeutique, en retirant de l'oubli un médicament qui, entre les mains d'anciens praticiens, paraît avoir été efficace contre les fièvres intermittentes; je regrette que le pays où j'exerce aujourd'hui ne m'ait pas mis à même de répéter ses expériences; j'ai cru devoir, cependant, les relater ici, parce que l'emploi que j'ai fait des composés ammoniacaux, dans un grand nombre de maladies, m'a permis de constater fréquemment l'influence qu'ils exercent sur l'état fébrile en le modérant, et même en le faisant disparaître. Tenant les ammoniacaux pour antifébriles dans beaucoup de circonstances, je conçois parfaitement qu'ils soient antipériodiques. Que l'on essaye également à ce dernier titre le carbonate; je ne serais nullement étonné qu'il conduisît à des résultats analogues à ceux que l'on a obtenus avec le chlorhydrate; sinon il se pourrait fort bien que celui-ci dût ses propriétés antipériodiques à son élément chlore, et alors le rapprochement que j'ai fait, au paragraphe précédent, entre les chlorures alcalins, en acquerrait plus d'importance.

10° *Cubèbe et copahu.* — J'avais remarqué que des vénériens atteints d'urétrite, chez lesquels se déclaraient des fièvres intermittentes, guérissaient souvent sans quinine, quand on les traitait pour l'affection première par le poivre cubèbe ou par le copahu. Ces faits éveillèrent mon attention, et je les vis plus tard corroborés par les intéressantes observations de MM. Dieu et Léonard, constatant les propriétés fébrifuges d'un mélange de ces deux substances. Toutefois, il ne m'a pas semblé que l'oléo-résine jouît de ces propriétés au même degré que le cubèbe, et c'est à celui-ci que je me suis arrêté pour couper quelques fièvres qui ont effectivement bien cédé à son emploi. Je ne lui ai trouvé d'activité qu'à une dose assez élevée, 15, 20, 30 grammes, fractionnée pendant l'apyrexie; dose, du reste, qui n'a rien d'exorbitant, et qui est journellement employée contre l'urétrite. Mais, hors des salles de vénériens, ce médicament rencontre des répugnances et des estomacs plus délicats, qui ne le tolèrent pas toujours aisément. Aussi, je doute que ce remède se vulgarise comme fébrifuge; du moins, en le prescrivant aux vénériens fiévreux, on pourra faire d'une pierre deux coups.

La très-ancienne réputation du poivre ordinaire contre les fièvres

autorisait à prévoir que le poivre cubèbe ne lui serait pas inférieur sous ce rapport. Tous deux, sauf les contre-indications déduites de l'irritabilité des voies digestives, méritent un rang élevé parmi les succédanés du quinquina.

11° *Acide sulfurique.* — Quelquefois, ne sachant plus à quelle médication vouer les malades, j'ai employé l'acide sulfurique, seul ou alcoolisé, en limonade, un litre par jour, à boire en plusieurs coups dans la journée. Je m'imaginais que cette boisson pouvait à la fois, comme tempérante, maintenir à un rhythme égal le mouvement circulatoire ; comme tonique, prêter au sang un degré de plasticité dont l'intoxication miasmatique l'avait dépouillé. Quoi qu'il en soit de l'hypothèse, le fait est que parfois la limonade sulfurique a réussi ; des fièvres tierces, quartes, d'autres irrégulières, ont été suspendues. Je crois que ce remède mérite quelque confiance, non comme succédané, mais comme adjuvant du quinquina, surtout lorsque l'état scorbutique est devenu l'un des symptômes de la cachexie paludéenne.

J'ai administré l'acide sulfurique pur, à la dose de 2 à 3 grammes, ou l'acide sulfurique alcoolisé à celle de 3 à 6 gr. pour 1,000 d'eau convenablement édulcorée pour faire une limonade d'un goût supportable.

12° *Teinture d'iode.* — En 1846, le docteur Séguin, d'Alby, annonça (*Revue médicale* et *Bulletin de Thérapeutique*) qu'il traitait avec succès, par la teinture d'iode, des fièvres intermittentes rebelles au quinquina. La dose ordinaire était 30 gouttes par jour, à prendre en trois fois, à une heure d'intervalle, pendant l'apyrexie, dans une petite quantité de tisane ou d'eau sucrée ; elle pouvait être portée à 40, 50 et même 60 gouttes, suivant les effets observés, et la médication devait être continuée pendant quelques jours après la disparition des accès fébriles.

J'ai suivi de point en point toutes les prescriptions de M. Séguin, j'ai porté la teinture d'iode à la dose maximum, et il ne m'a jamais été possible d'arrêter par cette méthode un seul accès de fièvre. Une inefficacité aussi complète, à Rochefort, prouve au moins que la teinture d'iode est un fébrifuge fort capricieux.

13° *Ferrocyanate de potasse et d'urée.* — Le nom seul de cette nouveauté pharmacologique soulève une objection : est-ce bien un composé chimique défini, je dis plus, définissable? N'importe; si le remède est bon, passons le titre. Or, nous avons essayé, à Rochefort, ce merveilleux spécifique, et les fièvres miasmatiques se sont si bel et si bien cabrées contre lui, qu'il a fallu les ramener au quinquina. Ce n'est point encore ce pseudo-fébrifuge qui détrônera la quinine.

En résumé, les observations qui précèdent et toutes celles qui ont

été faites en vue du même but n'ont prouvé jusqu'ici qu'une chose, la suprématie inattaquable du quinquina sur tous ses nombreux succédanés. La thérapeutique gagne cependant à ce genre de recherches de s'enrichir d'expériences nouvelles sur le mode d'action des médicaments ; il n'est pas sans intérêt de préciser ceux qui, peu coûteux et faciles à trouver, ont assez de valeur pour servir dans la médecine des pauvres et dans celle des campagnes ; il est utile encore de posséder des méthodes qui puissent s'appliquer aux cas où l'antipériodique par excellence manque son effet accoutumé. Mais lorsque l'on opère en pleine épidémie paludéenne, lorsque l'on a à redouter l'apparition de ces symptômes pernicieux en face desquels il n'y a pas une minute à perdre, c'est en maniant promptement et habilement les préparations quiniques, et non en se traînant à la poursuite de leurs succédanés, que l'on sauve les malades. Et il en sera ainsi jusqu'à ce que l'on ait trouvé un autre spécifique des fièvres qui soutienne carrément l'expérimentation sur ce terrain palustre où est venue mourir la renommée de tant de fébrifuges. Il ne faut pas même s'exagérer la portée qu'aurait la découverte de la quinine artificielle. Qu'un jour, — ce ne sera peut-être ni un chercheur, ni un savant, mais un chimiste heureux, — qu'un jour on saisisse le secret de cette brillante synthèse : ce serait un immense bienfait; mais nous resterions encore tributaires du grand laboratoire de la nature, car la chimie ne créera point le quinquina.

Delioux.

THÉRAPEUTIQUE CHIRURGICALE.

MÉTHODE CURATIVE NOUVELLE DE LA CHUTE DE L'UTÉRUS : PINCEMENT DU VAGIN.

Par M. Desgranges, chirurgien en chef désigné de l'Hôtel-Dieu de Lyon.

L'enquête qui se poursuit en ce moment sur la valeur des méthodes nouvelles appliquées au traitement des déplacements de l'utérus nous engage à consigner les procédés que nous avons vu employer à l'Hôtel-Dieu de Lyon par M. Desgranges. Les succès qu'il nous a fait constater à Lyon, ceux dont nous avons été témoins à Paris, à l'hôpital des Cliniques de la Faculté, dans le service de M. le professeur Nélaton, et, par-dessus tout, l'innocuité de l'application des pinces vaginales nous engage à publier un extrait du mémoire adressé à la Société de Biologie par notre honorable confrère.

Le nom que je donne à la méthode que je préconise, dit M. Des-

granges, a le grand avantage, à raison même de sa simplicité, d'être parfaitement intelligible, et surtout de bien rendre suivant quel mode le vagin est attaqué par les instruments qu'on y applique : ce sont des pinces qui soumettent un pli de cet organe à une pression continue, jusqu'à ce qu'il soit mortifié. Elles deviennent la cause physique d'une inflammation lente, circonscrite au conduit vulvo-utérin, au tissu cellulaire ambiant, et dont le résultat final est, pour le vagin, un rétrécissement plus ou moins fort, une augmentation de tonicité, et pour l'utérus un retour de la fixité qui lui manquait.

Le pincement du vagin, en tant que méthode curative, n'a point encore été exécuté, si je m'en rapporte aux auteurs classiques, à M. le professeur Velpeau, entre autres, dont le Traité de médecine opératoire est si riche d'érudition.

A l'époque où je fis mes premiers essais, je ne suivais aucune idée préconçue; je cédais uniquement aux vives instances d'une malade pressée du désir de guérir. Le cas était embarrassant. D'un côté, si je trouvais une constitution forte et bonne ; de l'autre, je voyais un prolapsus des plus graves : le col descendait à 12 centimètres au-dessous du méat urinaire. La cautérisation, appliquée à diverses reprises, n'aboutit pas au résultat cherché; force fut donc de recourir à quelque moyen plus énergique. Dire tous les tâtonnements des premières épreuves, toutes les précautions que je pris, ce serait aussi long qu'inutile. Quelque pénible que fût la maladie que je me proposais de guérir, puisqu'elle n'était pas incompatible avec la santé, je ne voulais et ne devais rien faire qui pût compromettre la vie, rien qui pût, en cas de non-réussite, aggraver l'état local ; car on l'a dit : *Primo non nocere.*

C'est vers la fin de 1850 que je traitai ma première malade : le succès dépassa mon attente. J'en traitai une seconde, une troisième, et de nouveau j'eus le bonheur de réussir. Tout en me réservant de juger plus tard définitivement la méthode, je crus devoir garantir mes droits à la priorité, par une communication à l'Académie de médecine. J'envoyai donc à cette savante compagnie, le 3 juin 1851, mes trois premières observations, des planches où étaient figurés les instruments, la description du manuel opératoire, plus une lettre où je faisais un exposé sommaire du pincement du vagin et de ses heureux effets. — Depuis lors j'ai apporté quelques modifications aux instruments, et partant au manuel opératoire, à l'occasion de certaines difficultés que j'ai rencontrées, et dont il sera fait mention plus tard.

D'où il suit que le pincement du vagin comprend *deux procédés* : — Le *premier*, plus expérimenté, que je décrirai d'abord ;—le *second*

mis une seule fois en usage, mais que je soumettrai à de nouvelles épreuves, car je le crois bon aussi.

Premier procédé. — Je n'en finirais pas si je voulais faire l'histoire complète de ce procédé, présenter tous les instruments qui m'ont servi, et discuter la valeur de chacun en particulier. Je me contenterai de faire connaître ceux qui les résument tous et dont j'ai fait le plus fréquent usage ; c'est aussi d'après ceux-là seulement que je parlerai du manuel opératoire.

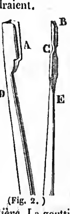
A. *Instruments.* — 1° *Pinces vaginales.* — J'appelle de ce nom, à cause de l'organe qui les reçoit, de petites pinces à branches croisées, dont les mors, légèrement incurvés sur les bords, pressent l'un contre l'autre par l'élasticité des ressorts.

(Fig. 1.)

A. Dents en saillie. — B. Mors taillés en demi-rond. — C. Tige d'entre-croisement. — D. Portion taillée en lime. — E. Ressort. — F. Anse de fil passée dans les ressorts.

La pince vaginale, de moyenne grandeur, mesure d'une extrémité à l'autre 70 à 75 millim. Les ressorts, jusqu'à la portion taillée en lime, ont environ 32 millim. de long sur 5 millim. de large. La portion taillée en lime n'a pas plus de 5 millimètres d'étendue; elle est, en outre, en saillie sur la branche gauche, quand on regarde la pince par sa convexité, et simplement de niveau sur la branche droite. Les mors taillés en demi-rond sont incurvés suivant les arêtes ; ils n'ont pas plus de 23 millim. de long et se touchent réciproquement par une surface plane, hérissée d'inégalités. L'extrémité libre de chaque mors est armée d'une dent saillante en avant. Ces dents en saillie, longues de 3 millim. et entre-croisées obliquement quand la pince est fermée, font avec l'axe de l'instrument un angle d'environ 140°, disposition qui leur permet de pénétrer assez loin dans les tissus, de les ramasser en un repli qui reste soumis à la pression des mors. La tige d'entre-croisement n'a guère que 10 millim. ; son obliquité varie suivant l'écartement que l'on veut donner à la pince. L'écartement d'une pince bien faite, si on le mesure de la racine d'une dent à l'autre, doit être de 25 millim. ; de plus, la force des ressorts sera telle, qu'en écartant les mors par leur extrémité il faille seulement, pour les disjoindre, une

puissance égale au poids de 200 grammes. Des pinces plus petites auraient une action trop faible, trop limitée ; car, même dans les proportions que j'indique, il est malaisé d'avoir un bon ressort. On pourrait augmenter les dimensions des pinces, les rendre plus fortes et susceptibles de plus d'écartement. De nombreuses tentatives en ce genre, des modifications variées, m'ont effectivement démontré que la constriction sur une large échelle n'a pas plus de dangers que resserrée dans d'étroites limites ; mais je ne le conseille pas ; j'y verrais même l'inconvénient, pour un faible avantage, de compliquer l'appareil instrumental. Le chirurgien aura une dizaine de pinces à sa disposition ; il passera, entre les branches de celles qui doivent lui servir, un fil qu'il nouera sur le bandage en T ; sans cela les pinces se perdraient.



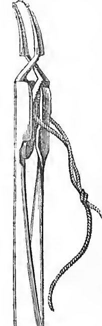
(Fig. 2.)

2° *Tenette à gouttière* (fig. 2). —Destinée à mettre en place la pince vaginale, la tenette à gouttière ressemble à une longue pince à pansement, dont les mors auraient été modifiés. Sa longueur totale doit être de 21 à 22 centim., et la force de ses branches assez grande pour permettre une vigoureuse pression sur les anneaux. L'extrémité de la tenette mérite seule une description détaillée.

A. Gouttière.—B. Arête transversale. — C. Echancrure. — D. Branche à gouttière. — E. Branche plane.

A ce niveau, les deux branches cessent d'être symétriques : l'une est *plane*, l'autre munie d'une *gouttière*. La gouttière, qui termine la branche de ce nom, est formée de deux valves parallèles, longues de 30 millimètres, larges de 8 et écartées de 7. L'espace qu'elles limitent ainsi donne l'idée d'un prisme rectangulaire. Le fond de la gouttière est une surface plane, pointillée, en rapport avec la branche opposée. La branche *plane*, plus courte que l'autre de 4 millimètres, dépourvue de rebords latéraux, présente vers son extrémité une *arête transversale*, saillante en dedans, qui doit s'enchevêtrer avec les inégalités de la portion taillée en lime des pinces vaginales. Les bords latéraux de la branche plane sont légèrement échancrés pour recevoir le fil qui tient la pince. La diminution de longueur de la branche plane a pour effet d'appliquer la pince au fond de la gouttière et de l'y maintenir solidement fixée. Les branches arrivent au contact suivant une surface plane, mais pointillée, pour augmenter le frottement et garantir la solidité de l'instrument monté. Cette tenette à gouttière se manœuvre comme une pince à pansement, ou encore comme une tenette à calcul vésical.

Ainsi combinés, ces deux instruments (fig. 3), de petit volume, peuvent être portés dans le vagin à toutes les profondeurs. Ce n'est que vers la fin de la médication, lorsque le vagin est déjà fortement rétréci, sans l'être cependant au point voulu, que l'on pourrait éprouver quelques difficultés. La pince vaginale se place très-aisément dant la gouttière; seulement on aura soin de mettre en rapport avec la branche plane la partie taillée en lime saillante, de ramener l'anse de fil au niveau des échancrures, pour éviter tout frottement, et d'enfoncer la pince dans la gouttière jusqu'à l'angle saillant des branches.



(Fig. 3.)

3° *Instruments accessoires*. — Ceux dont j'ai reconnu l'utilité sont le spéculum *uteri* des anciens et un gorgeret.

Ce spéculum trivalve, déjà figuré dans A. Paré, est commode par la simplicité de son mécanisme, par le grand écartement auquel il se prête, par la facilité qu'il donne de voir à nu le vagin en trois sens. Ordinairement les parois vaginales, quand le conduit est d'une grande laxité, font hernie entre les valves et remplissent en partie ce calibre de l'instrument, sous forme de trois replis longitudinaux. Ces bourrelets servent admirablement la méthode par pincement, en se plaçant d'eux-mêmes entre les mors qui viennent les saisir.

Le gorgeret dont je me sers est celui de la lithotomie. Je le choisis toujours sous forme de gouttière débarrassée de crête médiane. J'avais pensé qu'il serait avantageux d'y faire mettre une arête longitudinale que l'on saisirait entre les dents de la pince pour éviter toute chance de déviation; mais il est si facile de suivre l'instrument dans toute sa longueur qu'une telle précaution me paraît superflue.

On fera bien aussi, la première fois au moins, de soutenir l'utérus au moyen d'un *embout*. Il suffit pour cela d'une tige de buis légèrement incurvée, suivant la direction normale du vagin, et pourvue à l'une de ses extrémités d'un renflement olivaire; à l'autre, d'un orifice capable de recevoir un fil. Ajoutons, pour terminer, un bandage en T double qui servira à fixer l'embout, et sur lequel on nouera les fils passés dans les branches des pinces.

A. *Manuel opératoire*. — *Explication de la figure* 4. — Coupe

du bassin représentant la vessie, l'utérus, le rectum entiers, et le vagin ouvert.

A, B, C. Pinces vaginales appliquées.

(Fig. 4.)

La malade, préparée par le repos, de grands bains, quelques légers cathartiques, un lavement laxatif la veille, est mise en position comme pour l'examen au spéculum, couchée sur le dos, les cuisses fortement écartées.

Le spéculum trivalve des anciens est alors introduit, le manche tourné vers le pubis et écarté jusqu'à 15 centimètres de circonférence, c'est-à-dire que, pour ceindre les valves écartées, il ne faudrait pas moins d'une longueur de 15 centimètres. Ordinairement le vagin fait hernie dans le spéculum, qu'il obstrue en partie par trois bourrelets longitu-

dinaux, de la vulve au col utérin, l'un en arrière, les deux autres de côté; d'autres fois, au contraire, si le conduit est moins relâché, il reste plus ou moins tendu en dehors des valves écartées. Le col ne se présente pas toujours au fond de l'instrument; il se peut qu'il reste de côté, qu'il se glisse entre les valves comme le vagin, et ne se décèle, avec ses caractères propres, qu'après un examen attentif.

A l'aide du *speculum uteri*, rien n'est aisé comme d'introduire les pinces vaginales montées sur la tenette, et de les mettre en place : il suffit pour cela, dès qu'on est arrivé sur le lieu d'élection, de presser fortement sur les anneaux de la tenette, qui, réagissant sur la pince, l'ouvre dans toute sa longueur. On met la pince à cheval sur le bourrelet, puis, en diminuant la pression sur les anneaux, elle s'implante d'elle-même dans les tissus. Lorsque la paroi vaginale, au lieu de faire hernie, reste tendue en dehors des valves, on parvient encore à la saisir en appuyant contre elle les dents en saillie de la pince vaginale. Chacun de ces bourrelets ou de ces espaces pouvant recevoir deux ou trois pinces, il en résulte que le nombre total de celles qu'on emploie varie de six à neuf, et, règle générale, il faut en mettre le plus que l'on peut. Il est préférable de commencer par la paroi postérieure, et même sur celle-ci par la pince la plus rapprochée de la vulve. L'opérateur trouvera plus de facilité à passer la deuxième et la troisième par-dessus la première, qu'à soulever celle-ci pour arriver au-dessous. Sur la paroi antérieure, ce sera le contraire, attendu que la pince, en vertu de son poids, s'écarte du vagin, laissant à découvert tout ce qui est en avant. De chaque côté les applications se font en commençant par la pince la plus rapprochée de la vulve, et pour faciliter le passage des suivantes, on tient par le fil, collée contre le vagin, celle qui vient d'être mise.

Le spéculum retiré sans être fermé, on introduit sur le doigt l'embout dans le vagin, puis on le fixe solidement sur les bandes verticales d'un bandage en T double. Ce bandage est placé de façon que l'union des bandes verticales avec la bande transversale soit au niveau de l'hypogastre ; chacune des bandes verticales contourne la partie supérieure de la cuisse, pour venir s'arrêter vers le grand trochanter, sur la bande transversale. Il ne faut pas craindre de serrer assez fort, pas au point cependant de déterminer de la constriction et de la douleur. Le fil qui attache l'embout au bandage doit être plutôt en arrière qu'en avant; la pression de l'urètre contre le pubis pourrait gêner, arrêter même l'émission des urines. Ce petit accident sans gravité disparaît aussitôt que l'on a repoussé cette tige en arrière. Les fils qui tiennent les pinces sont rassemblés, noués ensemble et attachés au bandage.

Cette première application terminée, la malade est reportée dans son lit et condamnée au repos absolu.

Les pinces tombent en général du cinquième au dixième jour, plus tôt ou plus tard, suivant l'épaisseur du repli comprimé.

Le spéculum devra servir jusqu'à ce que les parois du vagin ne fassent plus saillie entre les valves, que son ouverture à 15 centimètres provoque de la douleur ou détermine un écoulement sanguin par quelques éraillures.

A la deuxième application, le manche du spéculum est tourné vers le coccyx, de sorte que les bourrelets saillants regardent l'un en avant, les deux autres de côté. De cette manière, tous les points du vagin sont traités alternativement. L'application des pinces doit commencer de chaque côté et finir en avant. On se rappellera aussi ce que nous avons dit au sujet du point le plus convenable pour recevoir la première pince. Aux opérations suivantes, le spéculum serait incliné en divers sens, dans le but d'arriver toujours sur quelques points épargnés précédemment. Il faut éviter de se servir trop longtemps du spéculum, qui n'est réellement utile qu'autant qu'il est très-écarté. Jusqu'ici je n'ai jamais dépassé trois fois.

Le spéculum une fois mis de côté, c'est le *gorgeret* ou *doigt* qui va nous servir de conducteur. Dans le premier cas, on choisit avec l'indicateur le point destiné à recevoir la pince, et sur ce doigt on fait glisser le gorgeret, que l'on retourne ensuite jusqu'à ce qu'il appuie, par sa convexité, sur la paroi à saisir. La pince vaginale, montée sur la tenette, est alors introduite, en glissant dans la gouttière du gorgeret, qu'elle ne touche que par la pointe de ses dents. Tout le système doit être tenu rigoureusement dans l'axe du conducteur, sous peine de dévier et de s'arrêter avant que l'on soit à la profondeur voulue. Lors donc qu'on est arrivé à l'extrémité du gorgeret, on le reconnaît sans peine à la chute que fait la pince, en même temps qu'à la cessation du contact métallique. Le conducteur est immédiatement retiré, et la pince fixée dans les tissus en faisant jouer la tenette, ainsi que nous l'avons dit plus haut.

Si l'on se contente du doigt, on cherche avec la pulpe le point d'application, sur lequel on presse légèrement ; après quoi l'on fait pénétrer la pince parallèlement à ce conducteur, en ayant soin de ne l'effleurer que superficiellement et avec les dents de la pince, afin de ne pas être arrêté et surtout de ne pas se blesser. Une fois sur le lieu d'élection, on fait mordre la pince en l'écartant au maximum et en l'appuyant avec un certain degré de force contre la paroi vaginale.

La paroi postérieure du vagin, mieux que toutes les autres, se prête

à l'exécution du procédé ; elle permet de saisir le conduit dans une grande étendue. Effectivement, le doigt introduit dans le rectum, tandis qu'on tient les pinces très-écartées, donne la facilité de faire saillir entre les mors cette paroi du vagin, et d'en faire saisir une bien plus grande portion. De plus, on sent que le vagin, resserré par l'instrument, glisse sur le rectum, qui reste tout à fait étranger à l'action mécanique. Je n'ai point encore osé introduire une sonde dans la vessie, afin de faire proéminer la cloison vésico-vaginale : la difficulté de sentir la vessie glisser au-dessus de la partie saisie et la crainte d'une fistule vésico-vaginale m'ont toujours arrêté.

Les parois latérales, manquant de point d'appui, fuient devant la pince, et, somme toute, on en tient dans les mors moins qu'on ne le supposerait tout d'abord. Pourtant c'est vers elles que l'attention du chirurgien doit se porter, vu leur plus grand éloignement d'organes à ménager et leur voisinage du tissu cellulaire pelvien, dont l'inflammation lente et limitée doit fournir les conditions d'une guérison solide.

Aussi longtemps que l'embout peut être introduit aisément, il faut en faire usage, comme moyen de remédier à l'indocilité de certaines malades, qui continuent à marcher, à courir, à sauter, malgré les recommandations les plus pressantes.

Le nombre total des applications faites à chaque malade n'a pas jusqu'à présent dépassé *dix ;* quelquefois il a été moindre. Je ne puis donner des règles précises à ce sujet ; c'est au chirurgien de juger si les inégalités du vagin, les brides cicatricielles, le rétrécissement, indiquent un travail assez grand dans cet organe, et tout autour, pour espérer une guérison complète. Les premiers pas de la malade feront apprécier si la récidive est imminente, ou si, au contraire, en même temps que l'utérus reste en place, les accidents attachés au prolapsus ont sensiblement diminué ou disparu.

Mieux vaut trop que pas assez : voilà ma règle de conduite. Mieux vaut des applications trop répétées que peu nombreuses ; mieux vaut, à chaque application, introduire beaucoup de pinces, quatre, six, neuf, que de laisser vide un espace qui peut en recevoir. Il est préférable aussi de les disséminer, plutôt que de les agglomérer sur un point ; et malgré le moindre avantage qu'il y a à traiter la cloison vésico-vaginale, il ne faut pas la négliger.

Par ordre d'importance, je mets en première ligne, au même rang, les parois latérales, ensuite la paroi postérieure, et, en dernier lieu, la cloison vésico-vaginale.

Je ne crains pas de le dire, l'opération n'est pas douloureuse, à

moins qu'au lieu d'agir sur le vagin, on n'atteigne le col, qui se glisse encore facilement entre les mors de la pince. La douleur est vive à cet instant; elle s'irradie aux lombes, dans l'abdomen, trahissant la méprise, qui se reconnaît avec le doigt et se corrige en retirant la pince. La sensibilité redevient exquise au voisinage de la vulve; aussi, pour épargner des douleurs, faut-il se limiter aux trois quarts supérieurs du vagin. Les extrémités libres des pinces, surtout quand il y en a beaucoup, peuvent, par les frottements continus qu'elles exercent, excorier la muqueuse, finir par la déchirer, si l'on ne prend soin de la protéger avec une bandelette de diachylon placée circulairement entre les pinces et la vulve. J'ai vu aussi, une seule fois je crois, les petites lèvres, légèrement œdémateuses, proéminer au dehors et causer quelque gêne, sans que les choses toutefois arrivassent au point qu'il fallût enlever les instruments, encore n'était-ce que dans un cas où le nombre des pinces était considérable.

c. *Suites de l'opération; résultat définitif.* — A. La réaction générale est si faible, qu'à peine est-il permis de la constater après les deux ou trois premières applications, celles où l'on peut introduire un grand nombre de pinces; elle est si courte, qu'un jour ou deux suffisent à sa disparition, qu'une réduction de régime est tout ce qu'elle réclame. Une légère accélération du pouls, dont la force et la plénitude sont à peine exagérées, un peu de céphalalgie, de coloration à la face, de chaleur à la peau, un enduit blanchâtre sur la langue, de la soif, de l'inappétence : voilà ce qu'on observe. Parfois aussi de légères douleurs aux lombes, dans l'abdomen ou vers la fosse iliaque.

B. Les pinces, avons-nous dit, tombent du cinquième au dixième jour. Elles laissent à découvert une petite plaie qui suppure et dont le pus mélangé au mucus utérin devient l'une des sources de la perte constante qui suit le traitement.

Si l'on touche à ce moment, on trouve de petits lobules hémisphériques, plus ou moins saillants, dont le volume varie d'un pois à une demi-noisette; ils ont une consistance assez dure, qui rappelle celle des tissus mous enflammés.

C. Le vagin perd graduellement de son calibre, de sa mobilité; plus tard, avec les progrès de la cicatrisation, il se couvre de brides inodulaires; enfin, le rétrécissement peut arriver au point que le conduit n'admette plus qu'un seul doigt sans être tiraillé. Avec le temps, cet état se modifie; les nodosités s'affaissent, disparaissent même; le vagin reprend de la souplesse, et sauf le calibre, qui ne reviendrait pas de lui-même, il y a un retour marqué vers l'état normal.

Le col reste dans l'axe du vagin, le museau de tanche à distance du méat urinaire de 5 à 7 centimètres. La longueur de l'organe est donc bien suffisante à la copulation ; le rétrécissement ne saurait pas non plus offrir d'obstacles, soit au coït, soit à l'accouchement; une des observations qui suivent en fournira la preuve, indépendamment d'autres faits que l'on pourrait invoquer à l'appui.

Il n'est point rare que le col contracte des adhérences en avant. Le contact des pinces ulcère la muqueuse de cet organe, en même temps qu'il se fait une plaie au vagin, et la cicatrisation au fond du cul-de-sac agit comme à toutes les commissures, en réunissant les parties séparées. L'adhérence s'établit plus volontiers en avant, probablement parce que le cul-de-sac y est moins profond qu'en arrière, et la paroi antérieure plus mobile que la postérieure. D'où résulte une arrière-cavité, que limitent en avant le col et le vagin dans tous les autres sens. Cette arrière-cavité est séparée de la partie antérieure du vagin par une sorte d'anneau plus ou moins complet, plus serré que le reste, et dû à la rétraction des brides cicatricielles.

(*La fin au prochain numéro.*)

CHIMIE ET PHARMACIE.

NOUVELLE ANALYSE DU LUPULIN ; NATURE DE SES PRODUITS VOLATILS.

Lorsque nous avons appelé récemment l'attention des thérapeutistes sur les ressources réelles que la partie active du houblon, le *lupulin*, venait fournir à la pratique médicale, nous avons dû signaler les lacunes que présentaient encore les diverses analyses de ce produit. Un chimiste distingué, M. J. Personne, vient de présenter à l'Institut un mémoire, sur l'histoire chimique et naturelle du lupulin, dans lequel les désidérata de la science se trouvent en grande partie comblés.

Pour M. Personne, comme pour M. Yves, et MM. Payen et Chevalier, qui se sont occupés de l'analyse du lupulin, c'est exclusivement à ce produit que l'on doit rapporter les propriétés du houblon, c'est-à-dire la saveur amère et aromatique de cette plante ; car si l'on dépouille les écailles et le fruit de cette poudre jaune, on les prive complétement de toute saveur. Après avoir décrit la forme, la structure et le développement de cet organe, destiné à protéger le fruit du houblon contre l'humidité, au moyen de la matière résineuse qu'il sécrète, M. Personne aborde son histoire chimique.

Le lupulin fournit, par l'action de l'eau bouillante, deux groupes de corps ; les uns, volatils, s'obtiennent par la distillation avec ce vé-

hicule ; les autres fixes, ou du moins non volatils, avec la vapeur aqueuse. Les produits volatils sont : un acide et une huile essentielle. Cet acide est un liquide incolore légèrement oléagineux, assez fluide, d'une odeur forte et persistante d'acide valérianique ; sa saveur est acide et piquante ; il produit sur la langue une tache blanche comme les acides gras volatils énergiques. Sa composition en centièmes a été trouvée de $C = 58,64$; $H = 9,91$; $O = 31,45$, ce qui donne la formule de l'acide valérianique hydraté $C^{10}\ H^{10}\ O^{4}$. Cet acide est donc bien de l'acide valérianique.

Le lupulin fournit des quantités d'huile volatile qui varient depuis 1 pour 100 jusqu'à 0,61, c'est-à-dire de près de moitié.

L'huile volatile est plus légère que l'eau, quelquefois d'un très-beau vert, couleur qu'elle perd par la rectification ; son odeur rappelle un peu celle du houblon ; elle n'a pas de réaction acide, mais, par son exposition au contact de l'air, elle s'acidifie en se résinifiant. Elle paraît être composée de deux produits, impossibles à isoler, mais fournissant à l'analyse les mêmes nombres. Les résultats de cette analyse viennent ranger ce nouveau produit à côté de l'essence de valériane. La seule différence qui existerait entre l'essence de houblon ou mieux de lupulin et celle de la valériane, c'est que l'hydrogène carboné de l'essence de lupulin n'est pas la bornéenne de l'essence de valériane ; il ne peut donner de camphre solide de Bornéo, et son odeur le rapprocherait plutôt du thymène.

Il reste à M. Personne, pour terminer l'histoire chimique du lupulin, à décrire les produits non volatils. Les plus importants sont : un acide organique et une matière azotée, soluble dans l'eau; mais ce chimiste n'a pas été encore assez heureux pour les isoler de manière à pouvoir les soumettre à un examen suffisant.

La nature des produits naturels contenus dans le lupulin expliquent les propriétés anaphrodisiaques dont cette substance est douée ; et leur faible quantité rend compte de la dose élevée que l'on est forcé de donner quelquefois pour obtenir cette action spéciale du lupulin.

PRÉPARATIONS PHARMACEUTIQUES DE L'ESSENCE D'ORANGES AMÈRES.

Tous les praticiens connaissent les bons effets des préparations d'écorces d'orange, surtout celles du fruit amer, la bigarade. L'écorce de ce dernier fruit, très-odorante, chaude, amère, sert à préparer une teinture, un sirop, et, plus souvent encore, une liqueur de table, éminemment stomachique et digestive, le *curaçao*. Ce n'est donc pas une nouveauté que M. Hannon propose en recommandant l'emploi de

l'huile essentielle des écorces d'oranges, douces ou amères, chez les malades affectés de névroses gastro-intestinales. Nous nous demandons cependant si, en se privant du principe amer, tonique, contenu dans ces substances, il ne dépouille pas à plaisir l'agent médicamenteux d'un élément puissant d'action dans ces cas.

Voici, du reste, les préparations que recommande M. Hannon :

On prépare l'huile essentielle d'écorces d'oranges en soumettant à la presse la partie colorée de celle-ci. On l'obtient encore en distillant cette écorce avec l'eau, mais alors l'essence a une odeur moins suave.

Oleosaccharum d'essence d'écorces d'orange.

Sucre pulvérisé........................ 4 grammes.
Essence d'écorces d'orange................ 1,65 centig.

Mêlez exactement et divisez en 16 doses ; deux paquets dans la matinée, à deux heures d'intervalle.

Tablette d'essence d'écorces d'orange.

Sucre pulvérisé........................... 2 gr.
Essence d'écorces d'orange.................. 1,65 centig.

Mucilage q. s. pour f. s. a. Vingt tablettes ; trois tablettes dans la matinée, de deux en deux heures.

Pilules.

Conserve de cynorrhodon..................... 1 gram.
Gomme arabique.............................. q. s.
Essence d'écorces d'orange.................. 0, 65 cent.

Mêlez s. f. s. a. 10 pilules. Trois pilules par jour ; une d'heure en heure dans la matinée.

L'essence d'écorces d'orange peut enfin se prescrire en potion ; mais il faudra l'incorporer, en prenant l'alcool pour intermédiaire.

Pr. Essence d'écorces d'orange............ 10 gouttes.
Alcool à 40° q. s., pour dissoudre l'essence.

Ajoutez :
Sirop d'écorces d'orange............ 30 grammes.
Infusion de feuilles d'orange.......... 60

Une cuillerée d'heure en heure dans la matinée.

La teinture et le sirop d'écorces d'oranges douces ou amères contenus dans tous nos traités de pharmacologie suffisent largement aux besoins de la pratique, pour le traitement de névroses gastro-intestinales, car ils fournissent les deux éléments actifs de la substance, le principe amer et le principe antispasmodique. M. Hannon recommande l'emploi de l'essence d'écorces d'orange dans les gastralgies qui compliquent

l'épilepsie, l'hypocondrie. Pour ceux de nos confrères qui voudraient étudier les ressources que l'huile essentielle fournit réellement à la thérapeutique, nous leur rappellerons un moyen très-simple d'obtenir ce principe volatil, employé par nos ménagères, c'est de frotter un morceau de sucre contre l'écorce fraîche du fruit. En le triturant ensuite, on obtient une poudre également chargée dans toutes ses parties.

REMARQUES SUR LA PRÉPARATION D'UN COLLODION SATURNIN.

Aux divers collodions médicamenteux, dont nous avons publié les formules, M. Hannon vient en ajouter un nouveau : le collodion saturnin. Voici comment il se prépare :

Le coton-poudre, avant d'être dissous dans l'éther, sera trempé une seconde fois dans le mélange d'azotate de potasse et d'acide sulfurique ; puis, lavé dans l'alcool, ensuite desséché entre des feuilles de papier Joseph, enfin, mis immédiatement dans l'éther sulfurique.

Trente grammes de collodion, ainsi préparé, seront versés goutte à goutte dans une solution concentrée d'acétate de plomb neutre, faite à chaud dans l'alcool. On agite constamment le mélange, pendant la mixtion des deux liquides ; on obtient ainsi un liquide trouble, opaque, blanc, qui se sépare en deux couches, au bout de quelques jours, mais que l'agitation du flacon rend instantanément homogène.

Ce mélange, appliqué sur la peau, y forme une couche mince, transparente d'abord, blanche et opaque ensuite, bien plus résistante qu'une couche de collodion ordinaire, et surtout bien plus élastique. Cette couche, au bout de quelques jours, finit par brunir, par suite de la formation d'un peu de sulfure de plomb.

Le collodion ordinaire peut servir à cette préparation ; mais le produit ainsi obtenu est, selon M. Hannon, bien moins adhésif que par le procédé que nous venons d'indiquer.

M. Hannon a imaginé le collodion saturnin, pour traiter les varices récentes, et cite, à l'appui de l'efficacité de son emploi, les observations de deux jeunes femmes, chez lesquelles l'application du collodion saturnin, répétée tous les trois jours, a fini par triompher de la maladie. Pour assurer ce résultat, ce médecin ajoute, à l'action spéciale des effets du sel de plomb, une action purement mécanique, en recouvrant la première couche médicamenteuse, lorsqu'elle est bien sèche, d'une couche de collodion ordinaire, qui contracte toutes les parties recouvertes par le collodion saturnin.

Afin de faciliter la mise en pratique de l'essai des collodions médicamenteux, nous avons recours aux solutions concentrées des médicaments ; une fois étendues et séchées sur les parties que nous voulons

soumettre à l'action topique de l'agent médicamenteux, nous les recouvrons de collodion ordinaire, et faisons bénéficier ainsi nos malades de l'action spéciale de la substance (perchlorure de fer, calomel, sublimé, précipité blanc, acide arsénieux, strychnine, etc.), et de l'action constrictive du collodion ordinaire.

Le meilleur moyen de faire entrer dans la pratique les agents thérapeutiques nouveaux est de simplifier leur mise en œuvre autant que possible ; malheureusement c'est la marche contraire que semble recommander la plupart des auteurs.

CORRESPONDANCE MÉDICALE.

LETTRE A M. LE DOCTEUR DEBOUT, SUR UN PROCÉDÉ SIMPLE ET FACILE POUR NETTOYER LA PEAU APRÈS L'ABLATION DES EMPLATRES.

De minimis non curat prœtor est une sentence trop en honneur parmi les maîtres de la science. Les simples praticiens savent combien il est essentiel, au contraire, de mettre, comme on dit vulgairement, les points sur les *i*, quand il s'agit d'applications thérapeutiques. Combien de fois, pour ma part, n'ai-je pas eu à déplorer la mauvaise exécution de mes propres prescriptions, pour avoir négligé d'indiquer itérativement à mes aides les précautions à prendre dans l'emploi des moyens les plus usuels ! L'un pose un vésicatoire sans raser préalablement les surfaces, et prépare au malade de vives douleurs ; l'autre néglige d'assujettir un bandage de corps avec le scapulaire, et le cataplasme appliqué sur le thorax recouvre bientôt le pubis ; un troisième s'abstient de faire prendre devant lui un remède essentiel, qu'on retrouve le lendemain dans la table de nuit ; un autre, plus coupable encore, néglige d'expliquer que tel liquide doit être employé à l'extérieur, et le malheureux patient avale un poison foudroyant. Chaque jour, en un mot, confirme la sagesse de la sentence contraire à celle du *préteur*, à savoir : « qu'il n'est pour voir que l'œil du maître. »

Les inconvénients sont bien autres lorsque la pénurie des détails porte sur des remèdes nouveaux, annoncés comme merveilleux par les cent voix de la presse ! Vous l'avez éprouvé vous-même lorsque, dernièrement, vous nous avez transmis un traitement presque infaillible à l'endroit d'une terrible affection, la maladie de Bright, qui, néanmoins, est encore aujourd'hui pour moi un des opprobres de l'art. Moi aussi, sur la foi d'un nom respectable, et malgré ma vieille expérience, je me suis surpris souriant à l'espoir...; mais, en venant au fait, je me suis vu dans un grand embarras. Il s'agissait d'administrer le lait et

l'oignon, alliance assez singulière. Pour le lait, passe encore. Cependant mes malades, dévorés de soif, me demandaient s'ils pouvaient boire quelque autre chose, de l'eau, par exemple, et je n'osais obtempérer à ce désir impérieux. Pour l'oignon, c'était bien une autre affaire! Fallait-il le servir cuit ou cru? Trouvant un peu barbare d'infliger l'oignon cru à certains palais trop délicats, me rappelant les imprécations d'Horace contre l'ail, ce proche parent de l'oignon (*ô dura messorum ilia!...*), j'ai cru bien faire en donnant l'oignon cuit. Peines perdues! les explications tardives de l'auteur m'ont appris que c'était bien d'oignon cru qu'il s'agissait. Puis la dose ne m'embarrassait pas moins, et je ne suis pas encore fixé sur ce point.

Qu'un médecin de province, qui ne fait pas métier d'instruire les gens, laisse quelque lacune dans ses prescriptions, cela se conçoit encore; mais qu'un professeur de l'Ecole de Paris, un des chefs de la médecine exacte, habitué à procéder par millimètres, nous laisse un pareil embarras, cela se comprend moins. C'est là que nous en sommes, pourtant, au sujet d'un remède puissant, dit-on, contre la phthisie, cette hydre gigantesque et meurtrière, avec laquelle je lutte corps à corps depuis tant d'années, et sur laquelle j'ai vu s'émousser toutes les armes forgées par la science aux abois, depuis les frictions de lard et d'alcool, jusqu'à l'acide hydrocyanique, aux alcalis, au tartre stibié, au chlore, à la créosote, à l'arsenic et à l'iode lui-même. C'est pourtant ce dernier, l'iode, qui manifeste encore la prétention de guérir la phthisie. A l'œuvre donc! Mais comment faire? — Eh bien! faites des cigarettes. — Mais comment les fabriquez-vous? — Avec l'iode en substance. — Mais combien d'iode prenez-vous? Comment l'employez-vous? Est-ce en poudre fine ou grossière, seule ou mélangée à quelque chose? Ces cigarettes, combien en donnez-vous? Les brûle-t-on ou ne les brûle-t-on pas? etc. Le Bulletin de l'Académie répondra plus tard, sans doute; mais jusqu'à présent le laconisme des journaux nous condamne à l'impuissance.

Voilà, mon cher directeur, un bien long préambule, plus long que la narration que j'ai à vous faire. Mais j'ai voulu excuser l'exiguïté même du fait pratique dont je veux vous entretenir, par quelques exemples flagrants, propres à faire ressortir la grandeur des petites choses. Voici ce fait. Les graves questions qui se rattachent à l'histoire chimique et pharmacologique des emplâtres ont sans doute détourné l'attention des pharmaciens de certains détails infimes, et pourtant bien essentiels pour nous autres praticiens et aussi pour nos malades : je veux parler de la consistance et de la ténacité qu'il convient de donner à ces emplâtres. Il serait à désirer qu'on trouvât une formule,

un type, un étalon fixe qui réglât ces deux qualités. Je prends pour exemple l'emplâtre simple dont nous nous servons journellement pour appliquer le tartre stibié, d'un usage si fréquent dans les affections thoraciques et autres. Bien que la ville où j'exerce se distingue par le talent, l'habileté, les scrupules avec lesquels la pharmacie y est exercée, j'ai très-rarement trouvé des emplâtres offrant les qualités désirables : ou bien ils sont trop secs, durs, cassants et n'adhèrent point à la peau; ou bien ils sont trop mous, diffluents, et laissent à la surface de la peau, lorsqu'on les enlève, une couche emplastique généralement très-difficile à détacher. Or, c'est précisément de cette couche emplastique que je veux vous parler.

Pour enlever la couche d'emplâtre adhérente à la peau, on s'épuise ordinairement à gratter, avec la spatule, ou à frotter avec un linge, le plus souvent sans succès, mais non sans douleur pour le malade. Alors on recommande d'étendre un corps gras, huile, beurre ou saindoux, sur cette matière, pour en obtenir la dissolution et l'ablation définitive; opération complémentaire assez laborieuse et parfois insuffisante, de sorte que le malade reste empêtré dans cette matière glutineuse.

Eh bien ! j'use depuis longues années d'un procédé si simple, si prompt et si facile, que je suis étonné de ne le trouver signalé dans aucun traité de petite chirurgie. Il s'agit tout bonnement d'étendre sur la partie contaminée par l'emplâtre un linge bien sec, une compresse, une serviette, légèrement chauffée, au besoin ; de l'appliquer exactement, en pressant un instant sur tous les points avec le plat de la main ; puis d'enlever ce linge, comme on avait enlevé l'emplâtre lui-même. La matière emplastique, adhérant plus fortement au linge qu'à la peau, laisse celle-ci parfaitement nette, après deux ou trois répétitions de la même manœuvre. C'est l'affaire d'un instant.

Je me hâte d'en finir, craignant d'avoir encouru déjà l'application du *nascetur ridiculus mus*. Professeur Forget.

NOTE SUR UN CAS D'HYPERTROPHIE DE LA LANGUE.

L'hypertrophie simple, avec procidence de la langue, est une affection rare, que l'on trouve à peine mentionnée dans les ouvrages les plus récents de pathologie et de médecine opératoire. L'excision et la ligature ont été les moyens de traitement habituellement employés, et l'on connaît quelques beaux résultats de ces opérations. La question n'est cependant pas épuisée sous le rapport des causes, de la nature, des progrès et de la thérapie de l'affection elle-même et des lésions consécu-

tives dont elle peut être suivie. L'observation suivante est donc digne de l'intérêt des praticiens.

Obs. Le nommé Kraut (Auguste), âgé de neuf ans, fut présenté à sa clinique, le 16 novembre 1853, pour une hypertrophie très-considérable de la langue, qui pendait continuellement hors de la bouche sans pouvoir y être ramenée, et menaçait l'enfant de suffocation.

D'après les renseignements transmis par les parents et le médecin habituel de la famille, la langue avait commencé à s'hypertrophier cinq années auparavant, à la suite de la section du filet pratiquée pour faciliter la prononciation.

Dès la première année, la langue ne pouvait déjà plus être replacée dans la bouche, et était le siége de douleurs très-vives qui réagissaient sur la santé générale et forçaient parfois le petit malade à garder le lit. Pendant les quatre dernières années, toute souffrance disparut, mais l'hypertrophie fit des progrès continuels.

Malgré la gêne causée par une aussi grave infirmité, la constitution n'est pas notablement altérée, et l'on constate seulement un peu de pâleur et d'amaigrissement. La parole est embarrassée; l'haleine n'offre aucune mauvaise odeur. La longueur totale de la langue, de la pointe au voile du palais, offre 0,13 d'étendue, et la portion qui dépasse les lèvres a 0,05 de diamètre longitudinal, 0,053 de largeur et 0,027 d'épaisseur.

La face supérieure de l'organe est couverte, en arrière, de papilles fungiformes très-développées, qui ressemblent à de véritables végétations.

Toutes les dents inférieures, depuis les grosses molaires, sont cachées et réunies par une épaisse couche de tartre, et forment une arcade parfaitement lisse et arrondie sur laquelle glisse la langue, sans excoriation ni douleur.

On a essayé des applications de sangsues et des cautérisations répétées; mais l'inutilité de ces tentatives et l'embarras croissant de la déglutition et de la respiration, l'écoulement incessant de la salive, l'altération de plus en plus marquée de la voix, et la difformité croissante, ont décidé les parents à venir réclamer les ressources d'un traitement plus efficace.

M. le professeur Sédillot ayant jugé nécessaire l'excision indiquée, la pratiqua de la manière suivante, le 19 décembre 1853 :

L'enfant assis sur une chaise, la tête appuyée et maintenue contre la poitrine d'un aide, l'opérateur saisit l'extrémité antérieure de la langue avec une pince de Museux, et confia à deux aides le soin de fixer et d'écarter les bords de l'organe avec des instruments de même nature. Il devint dès lors facile d'enlever en un instant une large portion triangulaire de l'organe par deux coups de ciseaux dirigés d'avant en arrière et de dehors en dedans. Deux grosses artères donnèrent un jet abondant de sang et furent immédiatement liées. Trois points de suture enchevillée réunirent les deux lambeaux, dont les extrémités furent en outre assujetties par deux points de suture ordinaire pour plus de régularité.

La portion de langue excisée avait 0,09 de longueur et comprenait toute la largeur de l'organe jusqu'au niveau de l'arcade dentaire. La dissection et le microscope n'y révélèrent que des tissus sains (muscles, vaisseaux, nerfs, papilles et muqueuses) considérablement hypertrophiés.

L'enfant eut dans la journée une hémorrhagie, promptement arrêtée par des lotions d'eau de Pagliari.

Les jours suivants, la réunion s'accomplit sans accidents ; mais on est surpris que la langue, dont plusieurs personnes avaient cru l'excision trop étendue fasse encore saillie hors de la bouche et semble peu diminuée de volume. Cette circonstance paraît de peu d'importance à M. le professeur Sédillot, qui l'explique par un gonflement inflammatoire accidentel.

Le 24, sixième jour de l'opération, on enlève les sutures, dont les chevilles avaient légèrement excorié l'organe, et l'on constate une réunion heureusement achevée.

Le 1er décembre, l'enfant fait rentrer librement sa langue dans la bouche, quoique la tuméfaction persiste encore ; mais il ne peut rapprocher les arcades dentaires. On constate, par une mensuration précise, que la présence de la langue entre les dents, pendant le long intervalle de cinq années, a déterminé l'incurvation permanente en bas du maxillaire inférieur. Cette incurvation part de la deuxième grosse molaire, seule dent dont le contact soit possible avec la mâchoire supérieure. A partir de ce point jusqu'à la ligne médiane, l'écartement des deux arcades dentaires va en augmentant et atteint 28 millimètres entre les deux incisives médianes.

M. le professeur Sédillot pense qu'on pourra remédier à cette déviation du maxillaire par une fronde de caoutchouc vulcanisé embrassant la moitié antérieure du menton et fixée vers le sommet de la tête.

L'enfant garde sa salive, avale et respire librement, parle beaucoup mieux, et quitte l'hôpital le 19 décembre 1853, un mois après son opération.

Réflexions. — Il ne sera peut-être pas sans intérêt de signaler quelques-unes des considérations qui ressortent de cette curieuse observation.

1° Il serait difficile d'attribuer l'hypertrophie à la section du filet, et nous penchons à croire que l'affection était antérieure à l'opération, et qu'elle avait été la véritable cause de la gêne de prononciation dont les parents s'étaient inquiétés. L'hypertrophie resterait inexpliquée sans renseignement étiologique. C'est une lacune à combler qui appelle l'attention des observateurs.

2° L'épaisse couche de tartre enveloppant les dents de la mâchoire inférieure, et venant préserver la langue de toute action mécanique irritante et ulcéreuse, est une disposition fort remarquable, et il faudrait, dans de pareils cas, ne pas s'opposer à cette espèce d'encroûtement calcaire qui non-seulement prévint les dilacérations de la langue, mais soutint les dents et les empêcha de s'incliner horizontalement et de s'ébranler, comme on le constate si fréquemment.

3° La déviation permanente du maxillaire inférieur, portée à 3 centimètres au moins d'écartement, si l'on tient compte du croisement normal des incisives, montre combien il importe de remédier de bonne heure à ces hypertrophies compliquées de procidence linguale, dont les inconvénients et les dangers ne sont pas complétement immédiats,

puisque des déformations consécutives peuvent en résulter et compromettre pour longtemps l'intégrité si importante des formes et des fonctions de la bouche.

4° L'excision, dans les cas d'hypertrophie simple, est le procédé opératoire le plus favorable, et ne saurait, sous aucun rapport, être comparée à la ligature, qui entraîne de véritables dangers de suffocation par la tuméfaction quelquefois très-considérable des parties étranglées, détermine une suppuration prolongée et offre beaucoup moins de chances d'une réunion régulière.

L'excision est prompte et peut être suivie d'une guérison complète en peu de jours. Nous recommandons notre procédé, comme le plus sûr et le plus facile.

5° La réunion des deux lambeaux réclame la suture enchevillée, et nous conseillons de recourir à de petites plaques d'ivoire arrondies, de 1 centimètre environ de hauteur sur 2 de longueur, percées de deux ouvertures pour le passage d'un double fil que l'on serre et fixe de chaque côté. C'est le meilleur moyen d'obtenir l'affrontement complet des lambeaux pendant un temps assez long pour la consolidation de la plaie. Les ligatures simples coupent trop rapidement les tissus et exposent à laisser une langue bifide, accident dont nous avons été témoin.

6° L'élévation de l'appareil hyoïdien par suite de la procidence linguale disparaît avec la cause qui l'a produite; mais il n'en est pas de même de la déviation permanente du segment antérieur de la mâchoire. L'art doit intervenir; et la fronde élastique, dont nous avons conseillé l'emploi, nous paraît le meilleur moyen de combattre efficacement cette gênante difformité chez les enfants dont l'accroissement n'est pas encore achevé.

Professeur Sédillot.

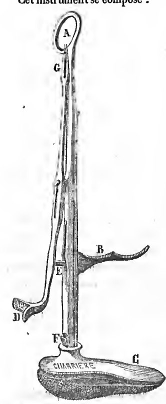
NOTE SUR UN NOUVEL AMYGDALOTOME FONCTIONNANT A L'AIDE D'UNE SEULE MAIN.

Entre les mains des chirurgiens les plus habiles, l'amputation des amygdales est souvent une opération délicate, surtout quand les malades ne s'y prêtent qu'avec répugnance; aussi, depuis longtemps, a-t-on senti l'utilité des instruments qui rendent son exécution plus rapide et plus simple. L'amygdalotome de Fanestock a, sous ce rapport, rendu d'éminents services (1); malheureusement il exige, pour sa manœuvre, l'emploi simultané des deux mains, de sorte que le chirurgien éprouve souvent de l'embarras à s'en servir, quand le malade oppose la moindre résistance. Nous avons pensé qu'on pourrait obvier à cet in-

(1) Voir *Bulletin de Thérapeutique*, tome XLI, page 349 et 560.

convénient, en combinant le mécanisme de l'amydalotome de manière à ce qu'une seule main pût le manœuvrer facilement; pour résoudre ce problème, nous avons fait appel à l'habileté de M. Charrière fils, qui, digne héritier du génie inventif de son père, a su réaliser notre pensée, de la manière la plus simple et la plus ingénieuse.

Cet instrument se compose :



1° D'une tige cylindrique, longue de 30 centimètres, terminée en avant par un anneau ovoïde de 4 centimètres d'ouverture ; cette tige et cet anneau sont horizontalement fendus, dans toute leur longueur, en deux parties égales; dans leur intervalle, glisse une autre tige plate, terminée d'un côté par un anneau A, tranchant dans sa concavité ; de l'autre, par une forte languette verticale B; un manche volumineux, C, l'articule par un cliquet F, à la tige cylindrique. A la face supérieure de l'instrument est adaptée une tige accessoire, dont l'extrémité antérieure G s'y bifurque en forme de fourchette, et la postérieure, recourbée en haut, présente un demi-anneau D, à surface rugueuse. Enfin, à la face inférieure de cette même tige, existe une languette verticale E, longue d'un centimètre, qui glisse dans une rainure correspondante, creusée sur la face supérieure du corps de l'instrument.

Pour se servir de cet instrument, le chirurgien le saisit de manière que son manche C appuie dans la paume de la main, où la fixent les deux derniers doigts ; en même temps, l'index et le médius sont allongés pour saisir la languette ou détente verticale B, tandis que le pouce, fortement fléchi, appuie, par son extrémité, sur le demi-anneau D de la tige accessoire.

Dans cette position, l'instrument est porté dans la bouche, et, par son anneau A, embrasse l'amygdale malade; alors, en allongeant le pouce, le chirurgien fait glisser en avant la tige accessoire, dont la

fourchette G embroche la glande et l'écarte, par un mouvement de bascule, pendant que l'anneau tranchant, devenu libre, est entraîné en arrière par la pression que les doigts index et médius exercent sur la détente verticale B, et coupe, d'un trait, l'amygdale à sa base.

Outre la facilité de la manœuvre, cet instrument a l'avantage de se démonter avec la plus grande facilité. Dr Maisonneuve,
Chirurgien de l'hôpital Cochin.

BIBLIOGRAPHIE.

Traité thérapeutique du quinquina et de ses préparations, par P. Briquet, médecin de l'hôpital de la Charité, agrégé honoraire de la Faculté de médecine, membre de la Société de médecine de Paris, chevalier de la Légion-d'Honneur.

Tout le monde sait que M. Briquet est un des médecins qui se sont le plus occupés, dans ces derniers temps, de l'influence du sulfate de quinine à hautes doses, dans un certain nombre de maladies autres que les affections périodiques proprement dites. Cette étude, poursuivie avec autant de sagacité que de persévérance, a conduit l'honorable médecin de la Charité à des résultats qui nous semblent dignes de fixer au plus haut degré l'attention du public médical. Nous allons nous efforcer, en faisant l'analyse succincte de l'ouvrage dans lequel ils sont largement, méthodiquement exposés, de mettre en lumière ces résultats, qui intéressent à la fois la pathologie de la thérapeutique, c'est-à-dire l'intelligence et les faits, la science et l'art.

Dans la première partie de son livre, M. Briquet rapporte un grand nombre d'expériences faites sur les animaux, qui ont pour but d'établir, et qui établissent, suivant lui, que le sulfate de quinine a une action directe sur le centre de la circulation, dont il diminue la force contractile, lorsqu'il est employé à doses suffisamment élevées. C'est surtout de cette action sédative des préparations de quinquina que part l'auteur pour expliquer l'heureuse influence de cette substance dans les maladies, dont un des éléments principaux consiste dans l'accélération du mouvement du sang, dans la fièvre typhoïde, par exemple. Mais on avait fait à cette médication, dans ce cas, une objection très-grave, c'est, à savoir, que, dans cette affection, une expérience constante a démontré la diminution de la fibrine dans le fluide sanguin, et que l'alcaloïde du quinquina favorisant encore cette défibrination, c'était là une contre-indication formelle à l'emploi de cette médication. Le médecin de la Charité ne s'est pas dissimulé la gravité

de cette objection, il l'a abordée de front, et l'a, suivant nous, complétement réfutée. Que peut-on répondre, en effet, à des expériences directes, qui toutes concordent à établir que, loin qu'il en soit comme on le prétend, la fibrine augmente au contraire constamment, quand l'organisme est placé pendant un certain temps sous l'influence des préparations de quinquina ? Ces expériences sont positives, elles procèdent la balance à la main ; c'est donc là un fait qu'il faut nécessairement admettre, et auquel on ne saurait opposer quelques faits isolés, qui probablement n'ont pas été soumis à une analyse suffisamment rigoureuse. Nous verrons plus loin les conséquences que M. Briquet tire de ce fait ; contentons-nous en ce moment de le signaler.

Mais les préparations de quinquina, et surtout les alcaloïdes, n'ont pas seulement cette action directe sur la contractilité du cœur, et sur l'hématopoièse; ils ont, suivant le savant auteur du traité dont il s'agit, une action bien plus importante, et bien plus maniable, si nous pouvons ainsi dire, sur le système nerveux. Dans la pensée du médecin de la Charité, cette action se résume dans une sorte d'annihilation de l'action mystérieuse que le système nerveux exerce sur tous les organes qui lui sont soumis. Mais c'est surtout ici qu'il faut analyser sévèrement cette influence, pour en bien saisir le caractère, et la faire tourner au profit de la thérapeutique. A leur première agression sur les organes de l'innervation, les préparations de quinquina agissent d'abord comme excitantes ; de là les divers symptômes qui s'observent tout d'abord chez les individus soumis à l'usage du sulfate de quinine à doses élevées, et qui vont, suivant M. Briquet, se lier à une congestion passagère des centres nerveux ; mais cette action dure peu, et quand les sels de quinquina ont été mis, par une assimilation plus complète, dans un rapport plus intime avec la fibre nerveuse, à cette exaltation succède une sorte de collapsus, de sursédation, qui est le but même qu'on se propose d'atteindre dans l'institution de la médication quinique, employée suivant la nouvelle méthode.

Arrêtons-nous un instant sur ce point, moins pour adresser des objections à l'auteur que pour bien faire saillir sa pensée, qui nous semble, nous le répétons, avoir la plus haute portée en thèse pratique. Tout le monde sait que des reproches graves ont été tout d'abord adressés à l'emploi du sulfate de quinine à haute dose ; et quand MM. Trousseau et Pidoux, dans la dernière édition de leur traité de thérapeutique, l'ont accusé d'avoir donné lieu à des expériences qu'ils considèrent comme une sorte de toxicologie humaine, beaucoup, sans doute par un scrupule qui les honore, se sont bien promis de s'interdire une médication sur laquelle on faisait peser une si foudroyante

accusation. Mais qu'y a-t-il de vrai dans tout ceci? M. Briquet nous l'apprend dans son livre, et montre que dans la plupart des faits qui ont été cités il y eut souvent beaucoup d'exagération, et que, dans quelques cas, on a mis à la charge du sulfate de quinine des accidents, arrivés par suite de l'évolution morbide, que les préparations n'avaient pas enrayés. C'est ainsi qu'il montre que, dans le rhumatisme articulaire aigu, on voit quelquefois se produire une méningite avec toutes ses conséquences, aussi bien quand on traite cette maladie par toute autre méthode que quand on lui oppose la médication quinique. Est-ce à dire cependant que cette médication ne demande pas à être maniée avec prudence, et que, sans cette prudence, des accidents redoutables ne puissent se développer? M. Briquet est si loin de le prétendre, que son ouvrage est rempli, d'un bout à l'autre, des plus sages préceptes pour régler cette puissante médication. Telle est même, à cet égard, la circonspection de l'honorable médecin de la Charité, qu'il accepte comme faits à la charge de la médication quinique certains faits où cette médication a peut-être été tout à fait innocente, et s'est contentée de guérir. C'est ainsi qu'à propos de la surdité permanente, que l'on a dit avoir quelquefois suivi l'emploi du sulfate de quinine à hautes doses, il admet, implicitement au moins, l'assertion de M. Ménière. Comme le cas dont il s'agit est raconté par ce médecin distingué d'une manière fort brève, qu'on nous laisse le citer ici. « Un officier supérieur de l'armée d'Afrique est pris tout à coup de fièvre intermittente pernicieuse, avec délire, coma, etc. Il échappe à ce premier accès. On lui donne coup sur coup du sulfate de quinine, jusqu'à la dose de six grammes par jour. Un second accès revient. Les symptômes cérébraux ne sont pas moins violents que la première fois. Tout s'apaise; le sulfate de quinine est de nouveau prodigué. Le troisième accès manque, mais l'ouïe est perdue. Dix ans sont passés depuis cet événement, et la surdité est restée complète. » Qu'on veuille bien méditer ce fait, et l'on se convaincra que la cophose qui a suivi une si grave affection peut bien être le résultat pur et simple de celle-ci, sans que le sulfate de quinine y ait eu aucune part. Certes, M. Briquet eût pu raisonner ainsi, et son argumentation n'eût peut-être pas manqué de vraisemblance ; mais, comme médecin honnête, c'est la vérité qu'il cherche, et non le mensonge, qui en impose pour elle, il a admis l'assertion de l'honorable médecin des Sourds-Muets, sans la commenter. Que si nous avons cru devoir faire ici cette remarque, c'est que la probité scientifique des hommes qui se livrent à la culture de la science est un élément important, quand il s'agit de juger les œuvres. M. Briquet est un homme essentiellement honnête, et nous avons voulu le

dire, parce que cette honnêteté doit servir la fortune de son livre, par conséquent les idées vraies qu'il contient.

Nous ne mentionnerons pas les diverses maladies auxquelles peuvent être opposées les préparations de quinquina, et surtout le sulfate de quinine, suivant la méthode nouvelle. Depuis les applications heureuses qu'on en a faites au rhumatisme articulaire aigu, cette question est si importante qu'elle est devenue la préoccupation de tous, et que nous renvoyons à la lecture de l'ouvrage, dans la crainte d'en amoindrir l'importanee, en ne faisant que l'effleurer; mais ee que nous ne pouvons passer sous silenee, c'est la théorie ingénieuse proposée par M. Briquet pour expliquer à la fois la périodicité dans les maladies qui présentent ce caractère d'une façon plus ou moins tranchée, et l'action allopathique du quinquina. Pour mieux faire comprendre l'auteur, nous allons le laisser parler lui-même, en citant un des passages de son ouvrage, qui résume le plus succinctement sa conception théorique. « On a vu, dit-il, que, dans la perpétration d'un accès de fièvre, une portion considérable du système nerveux était mise en jeu d'une manière active; or, j'ai démontré que les alcalis du quinquina sont doués à un haut degré de la propriété d'affaiblir, d'enrayer, et même d'annihiler complétement les principaux actes de la puissanee nerveuse. On a vu que, dans un accès de fièvre, comme dans un accès de névralgie, les phénomènes dominants étaient la douleur, l'augmentation de l'action du cœur, et l'augmentation de la calorification. Or, il a été constaté que la quinine arrêtait la douleur, suspendait les mouvements du cœur, détruisait la puissance calorifiante, etc. Qui ne voit la relation intime existante entre ces deux faits?... La maladie a provoqué une action immodérée de la part d'un système donné d'organes, il se trouve une substance qui a précisément la propriété de modérer, et même d'arrêter les actions de ce système. La première est la fièvre intermittente; l'autre est le quinquina. »

La pensée fondamentale qui dirige M. Briquet, dans l'application de la médication quinique au traitement des maladies qui la comportent soit essentiellement, soit accidentellement, est là tout entière. Par cette façon de concevoir les choses, le médecin de la Charité a-t-il déchiré le voile qui nous cachait et le siége des accidents périodiques, et le mode d'influence de la substance précieuse qui les combat efficacement? J'avoue que je n'oserais le dire; mais ce que nous dirons hautement, c'est que cette théorie est, de toutes celles qui ont été tour à tour proposées, celle qui concorde le mieux avec tous les faits connus. Nous ne ferons à la théorie de M. Briquet qu'une objection. Voici un choléra intermittent, tel qu'en a observé M. Récamier; dans ce cas, vous le

savez, c'est non dans la période de sédation, d'algidité, qui peut rapidement conclure à l'extinction de la vie, que l'antipériodique s'administre, mais bien pendant la réaction. Or, si le sulfate de quinine n'est qu'un hyposthénisant, si sa propriété est, comme vous le dites, d'affaiblir, d'enrayer, d'annihiler complétement les principaux actes de la puissance nerveuse, comment se fait-il qu'au lieu de prévenir la réfrigération et toutes ses conséquences, ne la provoque-t-il? Comment se fait-il qu'au lieu de guérir quelquefois, il ne tue pas toujours? Ici nous touchons à la nature même de la périodicité morbide, c'est-à-dire à un des modes fondamentaux de la vie. L'action du quinquina est peut-être encore quelque chose d'aussi obscur que l'affection qu'il combat si efficacement. M. Briquet a avancé l'étude de la question, mais peut-être ne l'a-t-il pas complétement résolue. Que notre honorable confrère réfléchisse au fait que nous venons de rappeler, et peut-être trouvera-t-il, comme nous, que sa conception, toute ingénieuse qu'elle est, ne va pas au delà du mécanisme des choses, et que pourtant, partout où il y a vie, il y a plus que du mécanisme, si subtil, si délié que soit celui-ci.

Nous regrettons d'être forcé de nous arrêter ici, car il y a dans le livre de M. Briquet une foule d'observations et remarques que nous aurions voulu indiquer. Nous ne terminerons cependant pas sans ajouter que cet ouvrage est, et restera certainement longtemps encore, le traité le plus complet que nous ayons sur l'action du plus héroïque de nos médicaments dans les maladies. Aussi bien n'hésitons-nous pas à le recommander à la méditation de tous ; et si nous ne craignions le reproche d'enthousiasme irréfléchi, nous ajouterions même que, dans notre opinion consciencieuse, nul n'a le droit de recourir à la médication quinique, employée suivant la nouvelle méthode, sans s'être renseigné auprès d'un guide aussi judicieux que le savant et modeste médecin de la Charité.

BULLETIN DES HOPITAUX.

Emploi topique des anesthésiques et des anodins dans le rhumatisme articulaire aigu. — Quoi qu'on pense conclure des expériences tentées en ce moment avec les insufflations de chloroforme contre diverses affections douloureuses, expériences qui, soit dit en passant, ont donné presque partout des résultats infiniment moins satisfaisants que ceux annoncés par M. Hardy, et même entièrement nuls pour le cancer de l'utérus, ainsi que M. Moissenet l'annonçait dernièrement à la Société médicale des hôpitaux, il ne faudrait pas que les insuccès fissent

oublier l'utilité des applications topiques des agents anesthésiques et anodins dans le traitement de beaucoup de maladies dont la douleur forme le trait prédominant. Le moment nous paraît, par conséquent, bien choisi pour parler de quelques expériences de ce genre, tentées il y a trois ou quatre années, par M. Aran, avec divers agents thérapeutiques, et dont nous avons été témoin à l'hôpital Necker.

Le rhumatisme articulaire aigu est certainement, de toutes les maladies, celle dans laquelle les douleurs sont le plus vives et, par conséquent, l'affection que l'on peut le mieux choisir pour vérifier l'influence relative exercée par divers agents anesthésiques et anodins sur l'élément douleur. M. Aran ayant fait connaître ailleurs les résultats qu'il a obtenus de divers agents anesthésiques, chloroforme, éther chlorhydrique chloré, éther sulfurique, aldéhyde, benzine, etc., nous nous bornerons à rappeler que ce médecin a été conduit à recommander l'éther chlorhydrique chloré par cette circonstance que ce dernier agent n'exerce pas sur la peau une action aussi irritante que le chloroforme, en même temps qu'il est moins volatil. Le chloroforme n'en reste pas moins, par la facilité et le prix relativement moins élevé auquel on peut se le procurer, l'agent anesthésique le plus commode et le plus généralement employé. C'est aussi le chloroforme que nous avons vu mettre le plus souvent en usage, et les résultats nous en ont paru des plus remarquables.

Après une sensation de vive cuisson éprouvée par le malade, sensation que nous ne pouvons mieux comparer qu'à la douleur occasionnée par une brûlure au premier degré, nous avons vu constamment, deux, quatre et cinq minutes au plus à partir de l'application du chloroforme, survenir un calme très-marqué dans les douleurs, les malades pouvant alors supporter le poids des couvertures, exécuter quelques mouvements dans leur lit, accusant enfin un bien-être inaccoutumé qui leur permettait quelquefois de dormir. La durée de ce calme nous a paru, en moyenne, de trois heures, de sorte qu'en revenant toutes les trois heures à ces applications de chloroforme, il nous a semblé qu'on aurait peut-être pu obtenir, pour les rhumatismes, une suite de jours et de nuits sans douleur. Le fait est que toutes les fois que le chloroforme a été employé matin et soir seulement, la nuit a été bonne. Nous devons ajouter que, chez quelques malades à peau fine et délicate, l'application topique de chloroforme a déterminé de la vésication ; mais peut-être cela tient-il à ce que M. Aran employait, à cette époque, des compresses mouillées sur lesquelles on versait le chloroforme, tandis qu'avec les compresses sèches, ce résultat est beaucoup moins à craindre.

Mais ce qui nous a intéressé surtout dans les expériences de M. Aran, ce sont les résultats obtenus par lui à l'aide d'autres agents thérapeutiques employés depuis longtemps contre les affections douloureuses, sans posséder néanmoins la propriété de faire descendre la sensibilité normale au-dessous de son type habituel : le camphre, le cyanure de potassium, le laudanum, les huiles essentielles de lavande et de romarin, le safran, etc.

De tous ces agents thérapeutiques, c'est le camphre qui nous a paru posséder les propriétés anodines les plus remarquables, principalement sous la forme de solution alcoolique saturée; le camphre était précipité en ajoutant quelques gouttes d'eau sur la compresse, préalablement imprégnée de cette solution alcoolique. Le calme est survenu plus lentement qu'avec le chloroforme, en une heure et demie ou deux heures, et a duré en moyenne cinq ou six heures ; il a été généralement assez complet pour permettre au malade de dormir. Une seconde application d'alcool camphré a eu les mêmes résultats que la première, à la condition cependant d'enlever avec soin la couche de camphre déposée par l'application précédente.

Le cyanure de potassium nous a paru agir instantanément et d'une manière certaine; mais son action s'est usée très-rapidement. L'action du laudanum nous a semblé aussi très-favorable; seulement ses effets se sont fait attendre assez longtemps, quelquefois douze heures, rarement moins de trois heures, et n'ont pas été ordinairement assez marqués pour permettre au malade de dormir. Les pommades faites avec les essences de lavande et de romarin se sont montrées également assez inconstantes dans leurs effets. Pour être plus efficace, la pommade de safran nous a paru inférieure cependant à quelques-uns des moyens précédents, en ce que le calme produit par son application ne se prolonge pas plus de quatre ou cinq heures, et que la présence de cette pommade, qui se dessèche à la surface de la peau, rend ensuite difficile l'emploi du chloroforme et de l'alcool camphré.

En résumé, les expériences de notre collaborateur M. Aran nous ont appris que parmi les agents qui n'ont pas d'action sur la sensibilité proprement dite, il en est un certain nombre dont l'influence sur le phénomène douleur ne saurait être contestée. A la vérité, le chloroforme l'emporte sur tous les autres agents par la commoidté de son application, par la rapidité avec laquelle le calme se produit et par la facilité avec laquelle on peut y revenir. Mais l'action de l'alcool camphré saturé, celle du cyanure de potassium, celle de la pommade de safran même, ne doivent pas être méconnues des médecins, parce qu'elles leur offrent autant de ressources dont ils peuvent faire

usage dans les affections douloureuses. La solution alcoolique saturée de camphre nous paraît cependant l'emporter sur toutes les préparations, par les effets remarquables qu'elle détermine, mais surtout par son prix peu élevé et par le peu d'inconvénients dont son emploi est entouré, tandis que le chloroforme et surtout le cyanure de potassium ne sauraient être abandonnés à des mains ignorantes et inexpérimentées.

RÉPERTOIRE MÉDICAL.

CALCULS BILIAIRES. *Etudes anatomo-pathologiques sur le mécanisme de leur issue spontanée, et conséquences pratiques qui en découlent pour le traitement.* Notre savant confrère, M. Barth, vient de lire à l'Académie de médecine un intéressant travail sur les ressources variées que la nature met en œuvre pour l'élimination des calculs biliaires. Témoin des diverses voies par lesquelles peut s'accomplir la guérison, le médecin peut conserver, dit-il, de légitimes espérances dans les cas d'apparence les plus graves, et l'anatomie pathologique vient fournir, dans ces cas, de précieuses indications pour le traitement. A ce dernier point de vue, l'étude attentive des calculs biliaires démontre rationnellement l'utilité positive d'une série de moyens thérapeutiques dont la valeur était souvent contestée.

Dans la grande majorité des cas, le noyau central des concrétions est constitué par un grumeau informe de bile concrète, et beaucoup d'entre elles sont composées entièrement par une agglomération de molécules biliaires solides. De là, l'utilité, comme moyen prophylactique et curatif, d'un régime sévère, de l'usage de boissons délayantes prises en abondance, et de l'emploi fréquent de laxatifs, dans le but de prévenir l'épaississement anormal de la bile. La prédominance de la cholestrine ou matière grasse dans la composition d'un grand nombre de calculs indique l'avantage d'une diète végétale, en excluant avec soin les matières grasses de l'alimentation habituelle. Les mêmes considérations conduisent naturellement à l'emploi des boissons alcalines, des bains de même nature et à l'administration souvent répétée des pilules savonneuses.

La solubilité de la plupart des calculs dans l'éther et dans l'essence de térébenthine fait pressentir l'utilité, à l'intérieur et en frictions, soit de l'éther seul, soit d'un mélange d'éther et d'essence, d'après la méthode de Durande. Assurément, il y a une énorme différence entre l'action immédiate et purifiante de l'éther sur un calcul plongé dans ce liquide, où il tombe en deliquium au bout de quelques heures, et l'action immédiate et très-amoindrie de l'éther introduit dans l'estomac. Mais, quelque minime que soit cette action, elle peut n'être pas sans influence sur une concrétion trop grosse pour franchir les conduits biliaires, et une diminution de quelques millimètres obtenue par ce moyen suffirait pour permettre au cholélithe de parcourir. A ces moyens, il sera utile d'ajouter les onctions de belladone dans le but de faciliter la dilatation de l'extrémité duodénale du canal cholédoque, qui est le point des voies biliaires qui offre le plus de résistance.

Quoi qu'il en soit de ces déductions fondées sur le raisonnement, de nombreux succès, obtenus soit à l'hôpital, soit dans la pratique civile, m'ont donné la preuve, dit M. Barth, de l'évidente efficacité de cet ensemble de moyens thérapeutiques. Ce savant médecin a terminé ces principales indications pratiques en revenant à l'un des points qu'il a le premier signalés dans l'histoire anatomo-pathologique des calculs biliaires, c'est-à-dire la fragmentation possible de ces concrétions dans l'intérieur même des voies biliaires. Ce fait, démontré jusqu'à l'évidence par des pièces que M. Barth met sous les yeux de l'Académie, permet de pressentir combien le massage de la région du foie et les douches à forte percussion sur l'hy-

pocondre droit peuvent concourir avantageusement, avec les moyens précités, au traitement curatif des calculs biliaires (*Compte-rendu de l'Acad. de méd.*, mars.)

EPILEPSIE (*Bons effets de l'infusion de la seconde écorce de sureau dans l'*). Il est fâcheux, sans doute, que le traitement de l'épilepsie soit encore abandonné à un aveugle empirisme, et que les tentatives de systématisation thérapeutique n'aient pas encore donné des résultats bien authentiques; mais ce ne saurait être une raison pour se refuser à consigner dans les annales de l'art, ne fût-ce qu'à titre de renseignements, les faits de guérison de cette maladie, surtout lorsqu'ils se présentent avec toutes les garanties les plus honorables.

Cette fois il s'agit de l'administration de la seconde écorce du sureau (*sambucus nigra*), l'une des parties les plus actives de la plante, et employée de temps immémorial dans le traitement des hydropisies, à cause de ses propriétés éméto-cathartiques et hydragogues. Quoi qu'il en soit, il paraît qu'il n'est fait nulle part mention de l'emploi de cette substance dans le traitement de l'épilepsie, et M. Borgetti, d'Ivrée, a été conduit à l'essayer par le récit de quelques heureux succès obtenus par une personne étrangère à la médecine. Comme les faits ont ici une très-grande importance, nous en donnerons une courte analyse.

Obs. I. Un homme de quarante-huit ans, d'un tempérament nervoso-bilieux, robuste, habituellement bien portant, et né de parents non épileptiques, avait commencé à éprouver, en 1844, par suite d'influences morales, des accès épileptiques, qui se répétaient tous les deux ou trois mois. Transporté de la prison d'Ivrée à celle de Saluce, les accès augmentèrent, se reproduisant tous les premiers quartiers de la lune, avec deux ou trois accès dans un seul jour. Renvoyé à la prison centrale d'Ivrée comme épileptique incurable, le docteur Borgetti, après s'être assuré de la réalité de la maladie, et après avoir éliminé tout soupçon d'affection périodique, par l'administration du valérianate de quinine, les accès se renouvelant à époque fixe, administra à ce malade une dose de l'infusion d'écorce de sureau, le 10, le 16 et le 24 mars 1851. Au grand étonnement de tout le monde, les accès ne reparurent plus, et le malade, qui avait fini sa peine, quitta l'hôpital en parfaite santé.

Obs. II. Un garde forestier, âgé de quarante-quatre ans, d'un tempérament bilioso-sanguin, robuste et fils de parents sains, était affecté, depuis l'âge de vingt ans, sans cause connue, d'attaques épileptiques qui revenaient à des époques fixes, tous les quinze, vingt ou trente jours. Au mois de septembre 1850, il fut envoyé à l'infirmerie de la prison d'Ivrée comme épileptique incurable. Soumis sans succès à l'oxyde de zinc, à l'extrait de belladone et à nombre d'autres remèdes, il fut traité, en même temps que le malade précédent, par l'infusion de sureau. Le mois suivant il eut encore une attaque, mais la continuation du remède triompha du mal, et il y a aujourd'hui quinze mois qu'il n'est pas survenu un seul accès.

Obs. III. Un paysan robuste, âgé de quarante ans, envoyé des prisons de Turin, fut pris, au mois de mai, d'accès d'épilepsie qui continuèrent à se montrer tous les mois, dans la prison d'Oneille, d'où il fut enfin transporté dans celle d'Ivrée, comme incurable, et là il fut traité par l'infusion de sureau. Après la quatrième dose du médicament, il ne survint qu'un accès très-faible, et le malade put être transporté au pénitencier d'Alexandrie, où il fut employé, sans inconvénient et sans rechute, à un travail de douze heures par jour.

Obs. IV. Un paysan, âgé de vingt-trois ans, lymphatico-nerveux, fortement irascible; accès d'épilepsie revenant tous les huit ou dix jours; même traitement. Après la quatrième dose, il y eut encore un accès : ce fut le dernier. Pas de rechute depuis une année. Cette épilepsie paraissait tenir à l'onanisme.

Obs. V. Jeune homme de dix-huit ans, d'un tempérament nerveux, d'une constitution délicate, adonné à l'onanisme; accès épileptiques revenant tous les vingt ou trente jours, avec affaiblissement considérable du malade. Cinq doses du médicament firent complétement justice des accès. Depuis huit mois il n'y a pas eu de rechute.

Quelques mots, maintenant, sur le mode d'administration de l'écorce de sureau : on prend les branches de un ou deux ans d'un sureau; on en-

lève l'écorce grise, et on racle la seconde écorce qui en reste; on prend ensuite 50 grammes de cette écorce; on verse dessus 150 grammes d'eau commune, chaude ou froide; on laisse infuser quarante-huit heures, on passe à travers un linge, en exprimant légèrement; à prendre à jeun, par moitié, à un quart d'heure d'intervalle. On revient au même médicament tous les six ou, au plus, tous les huit jours, et cela dans l'espace de deux mois. Si alors les accès épileptiques persistent aussi intenses et aussi fréquents, il y a lieu de croire, ajoute M. Borgetti, qu'ils sont sympathiques d'une autre affection, ou entretenus par quelque vice organique congénital ou acquis, ce qui, pour nous, revient à dire que l'écorce de sureau n'a aucune action sur eux. Ce médicament produit, du reste, ses effets ordinaires chez les malades: vomissements, évacuations alvines répétées, des vertiges; mais ces symptômes n'ont jamais mis obstacle à la continuation du traitement. (*Gaz. med. Sarda*, janvier.)

ETHÉRISATION. *Nouvel exemple de son utile application aux faits de médecine mentale.* Un des motifs qui n'ont pas peu contribué à faire rejeter l'éther de la pratique habituelle de l'anesthésie, est l'influence particulière qu'exerce cet agent sur le système nerveux des personnes qui sont soumises à son action, les femmes surtout. Les médecins, ingénieux à mettre à profit tous les phénomènes dont ils sont témoins, n'ont pas tardé à saisir les ressources que cette action spéciale de l'inhalation de l'éther pouvait offrir dans certains cas de médecine légale, et nous avons signalé quelques exemples de maladies simulées dont l'emploi de l'éthérisation avait révélé la fraude. Le chloroforme, comme l'éther, enlève bien à l'individu la conscience de sa position, mais il ne développe pas, comme ce dernier, cette irrésistibilité à la communication des pensées qui leur surviennent; de sorte que si le chloroforme peut être employé lorsqu'il s'agit de constater les contractions musculaires simulées, il n'en est plus de même lorsque la vérification diagnostique doit s'appliquer au mutisme, à la surdité simulés. Dans un Mémoire de M. Morel, médecin en chef de l'asile des aliénés de Marseille, nous trouvons un grand nombre d'exemples des services que peut rendre l'éthérisation pour déjouer les ruses les mieux ourdies; mais un fait sur lequel nous croyons devoir appeler spécialement l'attention de nos lecteurs, est l'application que ce sagace médecin a faite de l'agent anesthésique pour remonter aux causes de l'affection mentale.

Obs. Une jeune aliénée des plus intéressantes, dit M. Morel, était depuis quelque temps livrée à une agitation si violente qu'elle ne dormait ni nuit ni jour; elle était de plus tourmentée par des hallucinations effrayantes. Justement inquiet sur un état d'excitation nerveuse qui amenait dans la constitution de cette jeune fille des changements importants, M. Morel essaya de lui procurer au moins un repos momentané au moyen de l'éthérisation. On eut beaucoup de peine à endormir la malade; elle absorba une énorme quantité d'éther, et finit par être plongée dans un sommeil profond. Pendant qu'on cherchait par des inhalations successives à entretenir cet état favorable, la malade se mit à délirer, mais d'une manière tranquille et douce, sur des sujets dont elle ne s'était point encore entretenue. Transportée par son imagination à une époque de son existence où un amour malheureux avait jeté dans son âme les premiers germes de troubles qui plus tard égarèrent sa raison, elle faisait de ses sentiments actuels une description qui fut pour le médecin un trait de lumière à l'aide duquel on put reconstituer l'histoire de sa vie, que le trouble général de ses idées et de ses sentiments présentait à un point de vue bien différent de la triste réalité. Rien n'égalait l'étonnement de cette intéressante aliénée, lorsque, dans ses mouvements de rémission, il fut possible de reporter ses souvenirs sur l'origine des troubles de son intelligence. Nous étions dorénavant placés, de part et d'autre, dit M. Morel, sur un terrain où nous pouvions nous comprendre, et les propres aveux de la malade, en achevant de nous éclairer, nous permettaient aussi de mieux asseoir les conditions du traitement, ainsi que les éléments de la prophylaxie.

Cette observation ne fut pas perdue pour la science, et M. Morel fit usage, dans plusieurs circonstances, de ce moyen de pénétrer le secret

des pensées de ses malades, tantôt chez les aliénés portés au suicide et qui cherchent à faire prendre le change sur l'état de leur esprit, afin de pouvoir exécuter plus facilement leurs funestes projets, tantôt pour connaître l'origine de certains délires. Ce point de vue nouveau, sur lequel M. Morel vient fixer notre attention, ne sera pas un des moins curieux de tous ceux sous lesquels nous ont apparu jusqu'ici ces agents merveilleux. (*Archiv. de médecine.*)

FIÈVRES INTERMITTENTES *rebelles* (*Guérison radicale des*) *par la saignée du pied pratiquée au début de l'accès.* Rien de plus ancien que la pratique à l'appui de laquelle M. le docteur Bruguier vient de rapporter un certain nombre de faits, d'autant plus importants qu'ils ont été recueillis dans des pays dans lesquels les fièvres intermittentes règnent d'une manière endémique. Mais aussi depuis les temps les plus anciens où la saignée se trouve recommandée, dans la période de froid de la fièvre intermittente, jusqu'à nos jours, où Mackintosh et Twining, le premier en Ecosse, et le deuxième dans l'Inde, en ont cherché à démontrer les avantages, combien cette pratique a rencontré d'opposants, même parmi les hommes les plus distingués? Senac, entre autres, n'hésite pas à la déclarer déraisonnable et dangereuse. « Quoi! dit-il, vous choisissez pour saigner vos malades le moment où le pouls est déprimé au point d'être imperceptible, où le sang circule à peine, où le principe vital semble avoir presque entièrement perdu ses forces. Mais quel bon résultat pourriez-vous attendre des saignées? ... » A toutes ces assertions, à tous ces raisonnements, il n'y a qu'une chose à opposer, les faits, et les faits nombreux rassemblés par Mackintosh et les médecins anglais dans l'Inde. Dans beaucoup de cas, dit le médecin écossais, la saignée pratiquée au début de l'accès coupe court à la période de froid et arrête l'accès ; on voit, de cette manière, se suspendre définitivement des fièvres d'accès qui duraient depuis fort longtemps, et contre lesquelles on avait essayé en vain nombre d'autres remèdes. Mais, dira-t-on, la saignée ferait aussi bien et serait moins irrationnelle dans la période de chaleur que dans celle de froid. A cela, Mackintosh répond par l'expérience, qui a montré que jamais la saignée pratiquée dans la période de chaleur n'a arrêté les accès, tandis que ces mêmes malades, chez qui cette dernière saignée avait été faite, ont guéri par une nouvelle saignée pratiquée dans la période de froid.

Les faits rapportés par M. Bruguier ne sont pas moins probants que ceux dont nous venons de parler. Dans la première observation, c'est une fièvre quarte qui durait depuis plus d'une année. Après avoir préparé le malade par quelques jours de régime, on lui fait prendre un pédiluve chaud un quart d'heure avant l'invasion présumée de l'accès; et aussitôt que surviennent les bâillements, les pandiculations, la céphalalgie, les frissons, on lui fait une saignée du pied. Le froid ne tarde pas à diminuer ; le malade est couché dans un lit très-chaud ; on lui donne du tilleul à courts intervalles. La chaleur succède bientôt à cette première période ; elle n'est pas très-vive ; la sueur est peu abondante : en somme l'accès est très-court. La fièvre ne revient plus. Dans la deuxième observation, fièvre quarte durant également depuis un an. Même préparation, même saignée du pied. Les périodes de froid et de chaleur sont plus courtes que dans les accès précédents, et, comme dans le premier cas, la fièvre ne reparaît plus ; les phénomènes de cachexie paludéenne se modifient aussi très-rapidement. Dans la troisième observation, fièvre quarte, datant de huit mois avec des phénomènes cachectiques extrêmement prononcés. Saignée du pied de 400 grammes. Le froid est un peu moins long, la chaleur un peu moins vive, le brisement des membres très-marqué, comme chez les malades précédents. Les accès ne reparaissent plus, et le malade entre dans une voie d'amélioration qui le conduit rapidement à la guérison. Enfin, dans la quatrième observation, fièvre intermittente quotidienne datant de plusieurs mois et emportée, comme les précédentes, par la saignée du pied, pratiquée comme il a été dit précédemment, avec la condition indispensable du pédiluve simple et chaud.

Ce qu'il y a de particulier dans la communication de M. le docteur Bruguier, c'est que, d'après lui, la saignée du pied posséderait, dans ces

circonstances, une supériorité incontestable sur la saignée du bras; cette dernière, employée à plusieurs reprises chez d'autres sujets, n'ayant donné aucun résultat favorable, et le bain de pieds, soit simple, soit médicamenteux, pris isolément, ayant été aussi complétement infructueux. On comprend, sans doute, que la saignée de la saphène, aidée du pédiluve chaud, nécessaire au succès de la phlébotomie, possède une activité un peu plus grande que la saignée du bras, en amenant consécutivement un mouvement fluxionnaire en sens inverse de la marche naturelle de l'accès; mais ce que nous avons dit plus haut ne peut laisser aucun doute sur les bons effets que l'on peut obtenir, même de la saignée du bras, dans le traitement de quelques fièvres intermittentes rebelles (*Revue thérap. du Midi*, février.)

FUREUR UTÉRINE (*Lésions anatomo-pathologiques, observées chez une jument à la suite d'accès de*). Les journaux de médecine vétérinaire renferment souvent des faits fort intéressants, qui méritent de trouver place dans nos recueils, à cause des enseignements qu'ils peuvent fournir à la pathologie humaine : témoin l'observation suivante, publiée par M. Reboul. Il s'agit d'une magnifique jument, âgée de six ans, qui donnait des signes de chaleur contre lesquels on se borna d'abord à employer quelques moyens insignifiants; mais les accidents ayant pris une certaine intensité, M. Reboul fut appelé et trouva l'animal dans l'état suivant : la jument qui, depuis quelques instants, était assez calme, relève tout à coup la tête outre mesure; ses yeux sont animés, hagards et saillants dans l'orbite, et ses oreilles, portées tantôt en avant, tantôt en arrière, semblent lui donner l'attitude d'une bête qui écoute et qui attend. Il y a un continuel frétillement de la queue, les flancs sont creux et rentrés; la région lombaire est voussée en contre-haut, et les contractions de la vulve sont répétées au point de rejeter sans cesse des mucosités visqueuses et d'un blanc jaunâtre. Parfois la tête va et vient d'un côté à l'autre de la loge; la jument lance des ruades énergiques, saisit le baquet avec les dents et l'enlève, mord les liteaux du râtelier avec fureur, et présente tous les symptômes d'un accès frénétique. A cette agitation succéda bientôt un calme profond, caractérisé par un état de torpeur et de somnolence qui dura vingt-cinq minutes et fut interrompu par un autre paroxysme aussi violent que le premier.

Ces accès devinrent bientôt de plus en plus fréquents, et la vie de l'animal étant sérieusement menacée, le propriétaire se décida à faire venir un étalon. Mais quand celui-ci l'eut flairée, il refusa de la saillir, quelque peine que l'on prît pour l'y déterminer. La jument qui, bien que mourante, s'était disposée à le recevoir, se laissa tomber comme un corps inerte sur sa litière, et elle expira, sans secousse, au bout de quelques heures, l'éréthisme des organes de la génération ayant persisté jusqu'au moment de la mort. L'autopsie démontra un engorgement considérable avec inflammation des deux ovaires, et particulièrement de celui du côté droit.

Une seconde observation, à peu près semblable à celle qu'on vient de lire, a été recueillie par M. Reboul, et les résultats de l'autopsie ont encore prouvé qu'il existait une ovarite très-prononcée, ce qui porte l'auteur à supposer que cette lésion est le point de départ de la fureur utérine.—Des faits semblables sont souvent observés par les médecins vétérinaires. Or, quelques expériences tentées sur des chiennes en rut nous engagent à leur conseiller l'essai du lupulin, dans ces cas de fureur utérine. Si les juments mangent encore, on pourra leur donner les cônes du houblon; cependant le lupulin, trituré avec du sucre, afin de mieux mettre en liberté ses principes volatils, serait préférable; on peut le mêler alors à du son. Pour que cette tentative réussit, il ne faudrait pas trop tarder à avoir recours à l'agent médicamenteux. (*Journ. des vétérin. du Midi* et *Journ. de Méd. prat.*, févr.)

HYGROMA (*De l'emploi de l'appareil de Scott dans le traitement de l'*). Dans un compte-rendu de la clinique de l'hôpital général de Montpellier, publié il y a sept ans, M. Broussonnet appelait l'attention des chirurgiens sur les bons effets de l'appareil de Scott, dans le traitement des tumeurs blanches. Cet appel n'a pas été entendu, car nous n'avons été témoin, dans

aucune de nos nombreuses cliniques, d'essais de ce mode de traitement. Les faits d'anesthésie locale dont nous rendons compte au bulletin des hôpitaux nous engagent à signaler les nouvelles tentatives de M. Broussonnet. L'appareil de Scott se compose, d'abord, d'un cérat de savon camphré, étendu sur des bandes de flanelle, que l'on applique immédiatement sur la peau ; puis, par-dessus une nouvelle enveloppe de bandelettes de sparadrap; puis des bandes de peau, enduites de cérat de savon, enfin le tout est recouvert par une bande de flanelle. L'appareil est laissé quinze jours en place. Ce mode de traitement ne repose pas seulement sur l'action mécanique : à la compression vient se joindre l'action topique du camphre. Or, on a pu voir, par le résultat des tentatives de M. Aran, qu'il y a, dans cette action topique des agents médicamenteux, des ressources réelles dont on néglige trop souvent de faire profiter les malades.

Les merveilleux effets obtenus avec l'appareil de Scott, dans les maladies articulaires, ont engagé M. Broussonnet à tenter son emploi dans les cas d'hygroma. Nous plaçons sous les yeux de nos lecteurs un des deux cas de succès rapportés par M. Deucal. — Une jeune fille, âgée de vingt ans, d'une robuste constitution, portait depuis un an environ sur la face antérieure de la rotule gauche un hygroma, que l'auteur compare, quant à la forme et au volume, à une seconde rotule, qui aurait été superposée à la naturelle. La tumeur était dure, rénitente, sans douleur et avait augmenté graduellement; elle ne pouvait se rapporter qu'à la compression prolongée du genou, nécessitée par le genre de travail de cette fille. M. Broussonnet appliqua sur cette tumeur le bandage de Scott, et la jeune fille continua ses occupations. Le lendemain, on fut obligé de relâcher un peu la bande, la jambe et le pied étant tuméfiés et douloureux par la gêne de la circulation. Il resta en place pendant le temps ordinaire, c'est-à-dire trois semaines, après lesquelles la tumeur avait diminué de moitié et était devenue molle, fluctuante et presque flétrie. Le lendemain, M. Broussonnet réappliqua le bandage, et à sa levée la tumeur n'avait plus que le volume d'une petite amande. Enfin, une troisième application en débarrassa complétement la malade, qui n'a pas été plus gênée que si elle n'avait pas fait de traitement. Cette observation date déjà de 1847, et, depuis cette époque, la jeune fille n'a plus rien ressenti du côté du genou malade. A ce premier fait, M. Deucal en joint un second de date plus récente, mais en tout semblable, que nous nous dispensons de transcrire. (*Revue thérap. du Midi.*)

LITHOTRITIE (*Nécessité de l'emploi des inhalations du chloroforme dans certains cas de*). Que n'a-t-on pas dit des inconvénients et des dangers des inhalations de chloroforme dans la lithotritie! et cependant, dans bien des cas et chez les enfants surtout, la lithotritie serait impraticable sans anesthésie préalable. Voici un fait qui témoigne de la nécessité d'y avoir recours pour terminer le traitement; car, ainsi qu'on va le voir, c'est à partir de la cinquième séance que le chloroforme devient indispensable.

Au mois de juillet dernier, M. Th. Bell fut appelé à donner des soins à un marin, âgé de soixante-deux ans, qui, depuis trois ans, avait éprouvé les premiers symptômes de la présence d'un calcul vésical, mais qui, depuis 6 ou 8 mois surtout, était extrêmement souffrant. Urines sanglantes et mucoso-purulentes, exhalant une forte odeur ammoniacale ; impossibilité de monter en voiture ou de rester assis sur une chaise, besoin constant d'uriner, avec douleur extrêmement vive. Le cathétérisme indiquait la présence d'une pierre volumineuse, mais molle et susceptible d'être attaquée par la lithotritie. M. Bell chercha d'abord à calmer les accidents par des sédatifs et les alcalins, le repos au lit et une nourriture non stimulante, ainsi que par des lavements. Après dix jours de ce traitement, les symptômes s'étaient amendés, et l'urine avait repris un aspect plus naturel; on commença les séances de lithotritie. La première, qui eut lieu le 13 juillet, fut assez douloureuse, et les douleurs continuèrent encore pendant quelques jours. La pierre fut saisie et broyée facilement. Quarante-huit heures après l'opération, il y eut un peu de fièvre, avec des douleurs lombaires qui se dissipèrent facilement. Dans la nuit qui suivit la première séance de lithotritie, le malade rendit une grande quantité de débris

de calcul. Trois autres séances eurent encore lieu, mais l'extrême excitation qui précédait et suivait l'opération, ainsi que les contractions spasmodiques violentes des muscles abdominaux, rendirent ces opérations presque inutiles.

Dans ces circonstances, M. Bell se décida à employer le chloroforme; seulement les inhalations ne furent pas poussées jusqu'à perte complète de connaissance. De cette manière, les opérations furent considérablement simplifiées, et, dix semaines après le commencement du traitement, le cathétérisme montrait qu'il n'existait plus trace de calcul dans la vessie. Le malade a recouvré depuis son ancien état de santé et il fait maintenant, sans difficulté, de longues courses à pied; il ne lui reste qu'un peu de difficulté à vider complètement sa vessie. (*Association méd. Journal*, novembre.)

NYMPHOMANIE (*Excision du clitoris et des nymphes pratiquée sans succès dans un cas de*). On sait que l'excision du clitoris et des nymphes a été pratiquée avec succès dans certains cas de nymphomanie; mais il ne faudrait pas croire que cette opération doive toujours avoir pour résultat de guérir les malades. La nymphomanie se présente en effet sous une double face, comme un désordre de l'intelligence, et alors l'amputation du clitoris est un moyen peu rationnel, car le clitoris n'est pas le siége de la nymphomanie, pas plus que le gland n'est celui du satyriasis; et comme le résultat d'une irritation locale provoquée par des habitudes vicieuses et par d'autres moyens susceptibles d'accélérer le développement des besoins génitaux; dans ce dernier cas, on comprend au contraire que la maladie doit trouver son remède efficace dans l'excision de l'organe même, dont l'excitation a graduellement entraîné la manie et toutes les fâcheuses conséquences. Le fait suivant est donc intéressant, parce qu'il pose nettement la contre-indication de l'excision du clitoris et des nymphes.

La malade qui en fait le sujet était âgée de vingt ans, née sous le climat brûlant des tropiques, brune, d'un tempérament sanguin, assez maigre. Mère à quatorze ans, affectée de syphilis à seize, elle avait suivi une foule de traitements pour se débarrasser des accidents syphilitiques; mais ces traitements avaient toujours échoué, parce qu'elle n'avait jamais voulu s'abstenir des rapports sexuels. Bientôt une tuméfaction graduelle s'empara du clitoris et des nymphes et ne tarda pas à constituer une difformité insupportable. Des démangeaisons très-vives vers les parties génitales ajoutaient un nouvel aiguillon à l'activité de ses penchants lubriques. La malade ne s'en décida pas moins à se faire amputer successivement, et à quelques semaines de distance, les petites lèvres et le clitoris. Ces deux opérations ne présentèrent aucun incident particulier; il n'y eut pas d'hémorrhagie et, seule, l'excision des grandes lèvres fut suivie de phénomènes inflammatoires. Mais la malade n'a ressenti aucune diminution dans ses penchants effrénés pour l'acte vénérien et la nature *in actu coitus* supplée à l'absence de l'organe enlevé par une turgescence temporaire, accompagnée d'une sensation voluptueuse siégeant au centre de la cicatrice. La malade a conservé un suintement continu de lymphe blanchâtre, qui paraît être la véritable cause du prurit incommode des parties génitales. (*American med. Repository* et *Revue Thérap. du Midi*, février.)

PNEUMONIE *aigüe catarrhale* (*Emploi du chloroforme dans le traitement de la*). Nous avons fait connaître en son temps l'application que les médecins allemands et en particulier M. Varrentrap, ont fait des inhalations de chloroforme au traitement de la pneumonie. Nous trouvons dans un journal espagnol, *El Siglomedico*, le résultat de quatre tentatives faites à l'aide de ce moyen par M. Escolar, dans des pneumonies datant de deux ou trois jours et presque toutes de nature catarrhale, chez des sujets jeunes, d'un tempérament lymphatico-sanguin et d'une excellente constitution. Chez tous ces malades, les inhalations ont été suivies d'une augmentation de la transpiration cutanée; ce phénomène se montrait quelquefois dans la deuxième inhalation. La douleur diminuait par degrés jusqu'à cesser tout à fait; l'anxiété thoracique si pénible pour les malades était calmée. Loin d'augmenter la toux, ainsi qu'on pourrait le croire de prime abord, le chloroforme avait pour effet de l'apaiser; il améliorait les ca-

ractères des crachats et facilitait la respiration; il diminuait la réaction fébrile et portait au sommeil; enfin, dit M. Escolar, au lieu de nuire à l'effet des autres remèdes, le chloroforme a paru lui donner plus d'énergie et d'activité.

La manière dont M. Escolar a administré le chloroforme diffère un peu de celle mise en usage par les médecins allemands; ceux-ci veulent que l'on fasse respirer au malade, chaque deux ou trois heures, les vapeurs de 60 gouttes de chloroforme durant dix ou douze minutes, tandis que le praticien espagnol emploie de 2 à 4 gram. de l'anesthésique par jour, en ne répétant les inhalations que trois fois et en ne les faisant pas durer plus de deux à quatre minutes, sans que, dans aucun cas, le malade arrive jusqu'à perdre connaissance. M. Escolar n'a, du reste, jamais employé cette médication d'une manière exclusive; toujours il a simultanément employé les remèdes indiqués par la maladie; enfin, dans les cas où il a cru devoir prescrire le chloroforme à l'intérieur, il l'a associé à un sirop.

Aux faits rapportés par M. Escolar, nous pouvons ajouter ceux dont nous avons été témoin nous-même dans le service de M. Aran, à l'hôpital Saint-Antoine; quatre malades ont été traités ainsi, et nous avons été frappés du calme apporté par le chloroforme dans la toux, l'oppression, le point de côté, la facilité de l'expectoration; l'un de ces malades même s'est endormi, toujours d'un sommeil calme, pendant un quart d'heure à la suite de chaque inhalation. En revanche, la fièvre ne nous a paru tomber qu'avec beaucoup de lenteur et la résolution a été très-lente; dans un cas, il a fallu administrer un vomitif, et, dans un second, donner le tartre stibié. Mais ce qui est résulté bien évidemment pour nous de ces quatre faits, c'est que ces inhalations de chloroforme, sans grande influence sur la marche et la résolution de la maladie, ont toujours apporté un grand soulagement au malade et n'ont jamais eu d'inconvénient. M. Aran n'a jamais été au delà de 40 gouttes de chloroforme et n'a pas dépassé non plus six inhalations dans les vingt-quatre heures. (*Revue thérap. du Midi*, février.)

SPERMATORRHÉE (*Bons effets de la belladone dans un cas de*). Venir ajouter un nouveau médicament aux deux agents thérapeutiques dont nous avons fait connaître, dans ces derniers temps, les remarquables effets contre la spermatorrhée, le lupulin et la digitaline, pourra peut-être paraître une inutilité ou une contradiction à quelques esprits superficiels; mais la spermatorrhée est une maladie qui reconnaît des causes très-diverses et qui se lie à des conditions morbides très-différentes. Il ne faut donc pas s'étonner de la voir céder dans un cas à un médicament, et dans un autre cas à un autre. Il y a, du reste, dans le fait que nous avons à faire connaître, une induction thérapeutique dont l'événement est venu confirmer la justesse. On sait, en effet que la belladone est un des médicaments les plus précieux dont la thérapeutique dispose pour guérir l'incontinence d'urine chez les jeunes sujets. M. le docteur Lepri s'est demandé, en présence d'un cas de spermatorrhée qui avait résisté à un grand nombre de moyens, pourquoi la belladone ne ferait pas cesser cette incontinence spermatique, et, comme on va le voir, le résultat a été conforme à son attente. Le fait est d'ailleurs d'autant plus curieux que le malade avait déjà eu une incontinence nocturne d'urine.

Un jeune homme de mœurs très-pures et très-continent vint consulter M. Lepri pour des pollutions nocturnes qui, revenant toutes les nuits et plusieurs fois même chaque nuit, affaiblissaient considérablement ses forces et qui avaient beaucoup agi sur ses facultés morales et intellectuelles. Ces pollutions duraient depuis quelques semaines et n'avaient été améliorées par aucun médicament, non plus que par quelques moyens hygiéniques, tels que le repos sur un lit très-dur, le réveil la nuit et les aspersions froides. Deux années auparavant, ce jeune homme avait eu une miliaire, qui avait laissé, à sa suite, une incontinence nocturne d'urine. Quelques mois s'étaient passés avec des alternatives de bien et de mal, lorsque tout à coup cette fâcheuse incommodité disparut. Après avoir mis en usage l'application de deux vésicatoires aux cuisses, un traitement tonique et corroborant, plus un certain nombre de médicaments, tels que le camphre associé au laudanum, l'alun, sans aucun succès, M. Lepri en vint à sou-

ger que cette spermatorrhée avait peut-être quelque liaison avec l'incontinence d'urine antérieure, et, se rappelant les bons effets de la belladone dans les cas de ce dernier genre, il en prescrivit l'emploi au malade le soir en se couchant et le matin en se levant. En quelques jours, toute trace de la maladie avait disparu. (*Gaz. med. Toscana*, jan.).

VARIÉTÉS.

—

C'est avec regret que nous annonçons à nos lecteurs la réapparition de quelques cas de choléra parmi nous. Depuis une dizaine de jours, la maladie, qui paraissait complétement assoupie, a commencé à se montrer en ville, et dans les établissements hospitaliers principalement. Les cas de choléra observés dans les hôpitaux avaient atteint le 8 au matin le chiffre de 22, dont 20 pour les hôpitaux civils et 2 pour les hôpitaux militaires. Des 20 cas déclarés dans les hôpitaux civils, 19 avaient débuté dans l'hôpital et tous, sauf 2 ou 3, à l'hôpital de la Charité, principalement dans les salles affectées en décembre dernier aux maladies cholériques. La maladie ne paraît n'avoir changé de caractère, ni même perdu de son intensité, puisque sur 22 cholériques, les hôpitaux en ont perdu 13. En ville, on n'a compté, en revanche, qu'un très-petit nombre de décès. Que conclure de ces quelques faits isolés? Rien encore évidemment. Il est rare, sans doute, qu'une épidémie cholérique se termine d'une manière aussi brusque que celle que nous avons traversée à la fin de l'année dernière; mais la chose n'est pas impossible, et ce que nous voyons en ce moment ne saurait trancher la question en sens inverse, quant au temps surtout que les épidémies laissent souvent après elles, ce qu'on pourrait appeler de véritables *queues*. Toujours est-il, cependant, que les médecins doivent se tenir sur leurs gardes, avertir leurs clients de la nécessité de combattre en temps utile les diarrhées prodromiques, et éviter avec soin de provoquer, par des médications intempestives, des diarrhées qui pourraient être le point de départ d'une invasion cholérique.

Nous avons annoncé que le choléra avait envahi l'Espagne à son tour. D'après le *Heraldo medico*, l'épidémie, à la date du 8 mars, paraissait avoir cessé complétement à Madrid; mais elle continuait à exercer ses ravages dans un certain nombre de localités de la Gallicie.

Il y a quelques mois, le président de l'Académie de médecine de Belgique, inspecteur général du service de santé de l'armée, M. Vleminck, annonçait à la savante compagnie la suppression des services de galeux dans les hôpitaux militaires, grâce à l'adoption du traitement de la gale formulé par MM. Bazin et Hardy. Ce résultat remarquable méritait la peine d'être signalé, car il est un témoignage des services que la médecine rend aux Gouvernements, en échange des sacrifices que ceux-ci s'imposent pour ses progrès. M. Michel Lévy, membre du Conseil supérieur de santé de notre armée, dans un article adressé à la Gazette hebdomadaire, vient de revendiquer au profit des médecins militaires français la première application de l'importante réforme. L'intérêt de cette note nous engage à la placer sous les yeux de nos lecteurs, car elle met en relief une fois de plus comment les fausses idées doctrinales viennent enrayer la marche de la science.

« Abréger notablement, dit M. Michel Lévy, et au delà de toute espérance, la durée d'une maladie contagieuse et rebutante, en ramener le traitement à des conditions si faciles, si simples, si expéditives, qu'il dispense les galeux du séjour aux hôpitaux ; faire cesser les évacuations dispendieuses des galeux sur d'autres localités, en assurant leur prompte guérison sur place et partout où il sera possible de leur affecter une chambrée et une baignoire; restituer au service actif et à la discipline intérieure de leurs compagnies, dans un délai de quelques heures, des hommes qui en restaient éloignés quatorze et quinze jours, et plus ; prévenir désormais dans l'armée et étouffer à leur origine les affections connues sous le nom de *gales compliquées, invétérées, rebelles*, etc. : telle était donc la perspective que la nou-

velle méthode ouvrait aux médecins militaires ; ils ne pouvaient manquer d'entrer dans cette voie de progrès. Plusieurs d'entre eux n'ont pas attendu les instructions officielles pour accélérer la marche du traitement antipsorique, et ont profité des premières indications fournies par M. Bazin et plus tard par M. Hardy. Moi-même, dès le 4 juillet 1851, j'ai proposé au Conseil de santé des armées de porter ses délibérations sur cette importante question, et, conformément aux conclusions d'un rapport qu'il me chargea de lui soumettre, il pria le ministre de prescrire des expériences à l'hôpital militaire du Gros-Caillou, sous le contrôle d'un inspecteur délégué par le Conseil de santé. Une décision du 10 septembre 1851 fit droit à cette demande. Un service spécial et temporaire de galeux fut ouvert à l'hôpital du Gros-Caillou; pendant une période de trois mois, un certain nombre de régiments reçurent l'ordre d'y envoyer jusqu'à leurs gales simples, avec des renseignements détaillés sur chaque cas individuel. Le traitement fut entouré d'une surveillance minutieuse et les résultats consignés dans des états statistiques. Les malades guéris furent retenus un certain temps encore à l'hôpital, et, rentrés dans leurs corps respectifs, ils y furent soumis à une observation nouvelle relativement aux rechutes et à la contagion. Le rapport émané de l'hôpital du Gros-Caillou et les rapports fournis ultérieurement par les médecins-majors des divers corps de troupes qui y avaient envoyé des galeux, établissent donc l'histoire complète de ces malades, et, dans leur ensemble, ces documents joignent au mérite de leur authenticité celui d'une observation suivie et complète ; il n'a pu s'y mêler aucune exagération, aucune préoccupation de succès ou d'échec. C'est pourquoi il nous paraît important de constater qu'ils confirment pleinement la pratique de l'hôpital Saint-Louis.

« Du 15 septembre au 15 décembre 1851, 125 galeux ont été placés dans un local du rez-de-chaussée, à l'hôpital du Gros-Caillou, sous la direction médicale d'un confrère distingué, M. le docteur Bonnafont, aujourd'hui médecin principal au Roule. Le lendemain de leur entrée, à neuf heures du matin, bain savonneux de trois quarts d'heure (70 grammes du savon); à midi, première friction avec la pommade d'Helmerich (60 grammes), faite d'abord par les galeux eux-mêmes sur toutes les parties accessibles à leurs mains, continuée et complétée par un infirmier spécialement affecté à ce service. La friction était faite sur toute la surface du corps avec assez de force pour briser toutes les vésicules et faire pénétrer le spécifique dans tous les sillons. Cinq heures après, deuxième friction. Le lendemain matin, les malades passaient dans une salle située au premier étage, pour éviter le contact des galeux entrants, et ils ont été retenus, en moyenne, pendant quatorze jours à l'hôpital, pour la vérification exacte des suites du traitement. Sur les 125 galeux traités, 61 étaient atteints de gale légère et 64 de gale étendue et invétérée. Parmi ces derniers, 4 avaient des points d'ulcération aux poignets et aux aisselles. 122 ont été guéris par les deux frictions avec la pommade d'Helmerich. 3 ont subi une troisième friction partielle et légèrement faite sur des surfaces irritées et même ulcérées. 26 malades ont pris, avant leur sortie, un bain d'eau de son, indiqué huit fois par la complication d'un eczéma, et dix-huit fois par la persistance de la démangeaison. Ce dernier symptôme s'est dissipé complètement après les deux frictions chez 42 galeux, dont 24 atteints de gale étendue et invétérée; 65 malades, dont 36 à gale légère et 29 à gale étendue et invétérée, ont conservé des démangeaisons pendant deux à quatre jours après le traitement; chez 18 autres, elles se sont prolongées de cinq à seize jours. Il n'est pas indifférent de noter que les hommes qui ont eu des eczémas et des démangeaisons persistantes, comptent parmi les 15 premiers galeux reçus à l'hôpital du Gros-Caillou, à une époque où l'infirmier de ce service, encore inexpérimenté, frictionnait avec trop ou trop peu de force.

« Les rapports adressés par les médecins des corps de troupes portent sur 62 galeux sortis de l'hôpital du Gros-Caillou, et dont un certain nombre ont été observés plusieurs mois encore après la fin de leur traitement ; aucun d'eux n'a eu de rechute, aucun n'a propagé la maladie ; 7 d'entre eux, qui avaient encore à leur sortie des traces d'éruption, telles que papules, élevures du derme avec rougeur, boutons aux coudes, aux aisselles, etc., s'en sont promptement débarrassés à l'aide de quelques soins d'infirmerie ou même spontanément.

« C'est à la suite de ces expériences que le Conseil de santé des armées a proposé au ministre de supprimer le traitement des galeux dans les hôpitaux militaires, et de l'instituer dans toutes les infirmeries d'après la méthode suivie à l'hôpital Saint-Louis. L'instruction qu'il a soumise au ministre, et qui a reçu la sanction officielle, adopte la méthode de M. Bazin et celle de M. Hardy, la première pour les circonstances ordinaires de garnison, la seconde pour les cas d'urgence, tels que ceux de départ, d'embarquement, etc.; elle recommande de traiter sans hésitation les gales partielles et étendues, récentes et invétérées; elle écarte les contre-indications tirées de l'existence d'éruptions postérieures à l'apparition de la gale, ou provoquées par un traitement irrationnel, telles que furoncles, érythème partiel, ulcérations produites par l'action des ongles, etc.; elle signale les suites du traitement, le caractère non contagieux des démangeaisons après la destruction des acarus, et divers accidents secondaires qui surviennent ou persistent après les frictions.

« Depuis 1852, les prescriptions dont il s'agit sont exécutées dans le service de santé de l'armée. Les résultats généraux qu'il a fournis confirment définitivement la nouvelle thérapeutique de la gale. Dans le ressort des divisions militaires que j'ai inspectées en 1852 et 1853 (1re, 2e, 3e, 4e, 5e, 6e, 7e divisions territoriales), j'en ai constaté le succès partout où elle a été appliquée avec la précision et la vigilance nécessaires. Quand les résultats paraissaient contraires ou moins démonstratifs, j'ai pu m'assurer, par une information minutieuse et bien dirigée, qu'on n'avait pas observé toutes les règles de la méthode, ou que l'on avait manqué de facilités matérielles; le plus souvent, on n'avait pas veillé strictement à ce que la friction fût générale, assez rude et assez prolongée, ou l'on ne se rendait pas un compte exact des complications et de quelques suites du traitement; encore ces imperfections dans l'emploi ou dans les effets du nouveau traitement ne se sont rencontrées qu'en petit nombre, et très-généralement il avait réussi entre les mains des médecins des corps de troupes, à la grande satisfaction des malades et des officiers du commandement. »

Après avoir montré, à l'aide d'états statistiques, les avantages que cette réforme thérapeutique procurera à l'armée et au Trésor, M. Michel Lévy poursuit ainsi :

« Le nouveau traitement de la gale produit donc, non-seulement une notable économie de dépense, mais encore un accroissement de l'effectif réel de l'armée; les non-valeurs par gale ont été nombreuses à certaines époques, et le redeviennent dans toutes les circonstances qui nécessitent des rassemblements de troupes ou leurs cantonnements dans les villages, comme aussi leurs migrations en masse. C'est dans des circonstances analogues que, dans les premières années de ce siècle, le chirurgien-major Helmerich, du 125e régiment de ligne, a été conduit à abréger le traitement de la gale plus qu'on l'avait fait avant lui; et nos savants confrères, MM. Bazin, Bourguignon et Hardy, ne me supposeront pas l'intention de diminuer le mérite de leurs recherches pénibles et de leurs heureuses innovations, si j'insiste, en terminant cette note, sur les origines toutes militaires du traitement accéléré de la gale. Il était inévitable, que des médecins d'armée sentissent les premiers l'utilité de ce progrès, et fissent des efforts pour le réaliser. L'histoire des tentatives de M. Helmerich et de ses imitateurs montre une fois de plus l'impuissance des fausses théories à fonder une pratique, même avantageuse; non-seulement la donnée matérielle du succès répété un certain nombre de fois ne suffit pas pour étayer une erreur scientifique, mais l'idée fausse compromet le fait vrai et l'entraîne dans l'oubli. Il est certain qu'Helmerich exécutait en dix-huit heures le traitement antipsorique, à l'aide de frictions *générales*, *vigoureuses*, et *faites pendant une demi-heure* (1); il est certain que, dès 1812, l'un des officiers de santé en chef de l'hôpital militaire de Groningue, M. Burdin, reconnaissait la possi-

(1) « La veille du jour où devaient s'administrer les frictions, les militaires désignés pour le traitement commencèrent par prendre un bain qui avait pour but de laver la peau et de la préparer à l'action de la pommade. Pour cet effet, il leur fut distribué du savon vert, avec lequel ils se frottèrent *vigoureusement*, et pendant *une demi-heure*, toutes les parties du corps. Chaque militaire se fit aider par ses camarades pour se nettoyer les

bilité de guérir la gale en un jour; mais il craignait, comme aujourd'hui encore quelques médecins, les conséquences de la suppression trop prompte des gales intenses ou anciennes. « Ces considérations, dit M. Burdin dans son Mémoire, m'ont déterminé à ne pas chercher précisément à guérir la gale en un jour. » Toutefois, il le faisait en deux jours, comme si cette faible prolongation de durée pouvait enlever au nouveau traitement le danger qu'il impute aux promptes guérisons de gale. Les succès signalés en 1812 par M. Burdin décidèrent le ministre directeur de l'administration de la guerre à prescrire des expériences à l'hôpital alors militaire de Lourcine, à Paris; le baron Percy, inspecteur général du service de santé militaire, en mission de trimestre près les hôpitaux militaires de Paris, fut chargé de les suivre et d'en rendre compte. Son rapport (Paris, Imprimerie impériale, octobre 1813) confirme les avantages attribués à la méthode d'Helmerich, préconisée par M. Burdin, même dans des cas d'une intensité qui se voit rarement de nos jours; c'est ainsi que trois militaires, dont la gale remontait à plusieurs mois, et dont le corps *n'était qu'une croûte de la tête aux pieds*, ont été complétement guéris, en six jours, par deux bains et six à neuf frictions; résultat peu ordinaire à cette époque, car en parlant d'une durée moyenne de huit jours pour le traitement de tous les cas pris ensemble, Percy ajoute : « Ce qui fait une *grande* économie de temps et de journées, et n'avait pas encore été vu jusqu'à présent. »

Pourquoi la méthode d'Helmerich, la méthode des frictions générales, prolongées, vigoureuses et à courts intervalles, ne s'est-elle pas répandue et conservée dans la pratique civile et militaire? Pourquoi la même méthode, reprise de nos jours et perfectionnée à l'hôpital Saint-Louis, est-elle saluée comme une nouveauté utile, comme un progrès? C'est qu'Helmerich voyait dans la gale une affection de la peau procédant d'une infection de l'organisme, et exigeant pour sa guérison, comme la syphilis, l'emploi d'une quantité déterminée du médicament spécifique; c'est que Burdin, entraîné dans les mêmes vues, ne comprenait la possibilité des guérisons rapides de la gale que « s'il n'y avait aucun inconvénient pour la santé d'un galeux de lui administrer, dans l'espace de dix-huit heures, la quantité de pommade soufrée que l'on emploie ordinairement en douze jours (Mémoire cité, p. 7). » Dès lors, en généralisant la friction, on n'avait pour but que d'agrandir la surface d'absorption du remède; la force et la durée des frictions tendaient au même résultat. C'est encore que le baron Percy, témoin des cures rapides obtenues par cette méthode, s'est arrêté dans l'appréciation qu'il avait à en faire, à la donnée matérielle, au résultat, sans en discuter le principe, sans en pénétrer la raison étiologique. Ainsi n'a point procédé M. Bazin : un ouvrier lui vante les propriétés antipsoriques d'un spécifique de son invention; il assiste à des essais, il remarque le mode d'emploi du remède, il analyse celui-ci, il arrive logiquement à cette induction que ce qui a guéri les galeux auxquels on l'a appliqué sous ses yeux,

---

reins et les épaules. Le lendemain de cet acte préparatoire, vers quatre heures du matin, chaque galeux, tout nu, procéda à la première friction avec une once de pommade; cette friction se fit, comme celle de la veille, avec le savon vert; *elle eut lieu pendant une demi-heure sur toute la surface du corps*; et, pour l'exécuter d'une manière complète, les militaires s'entr'aidèrent mutuellement. Après cette première opération, les galeux allèrent se reposer sur leurs lits; on leur distribua leurs vivres ordinaires; il ne leur fut prescrit aucune tisane ni remède interne, la maladie étant regardée comme une simple affection de la peau. Six heures après, ils recommencèrent la même opération avec une semblable quantité de pommade; on eut soin de retenir ces soldats dans l'infirmerie, et, vers quatre heures du soir, ils firent leur troisième friction. Enfin ils en prirent une quatrième vers les dix heures, et terminèrent ainsi leur traitement avec quatre onces d'onguent pris dans l'espace de dix-huit heures, par friction d'une once exécutée de six heures en six heures. Le lendemain matin, ils se nettoyèrent tout le corps avec du savon vert, et finirent ainsi, comme ils avaient commencé, par un bain de propreté si énergique, qu'il pouvait bien encore être regardé comme une friction supplémentaire. » (*Mémoire de M. Burdin sur le traitement de la gale, d'après le procédé de M. Helmerich*, à la suite du *Rapport du baron Percy*, page 5. Paris, Imprimerie impériale, 1813.)

c'est moins le topique lui-même que la manière dont il a été employé; il essaye d'autres préparations, mais avec les mêmes procédés que le spécifique de l'ouvrier, et il obtient les mêmes succès; avec ces tentatives coïncident de nouvelles investigations sur le sarcopte de la gale, sur ses mœurs, son mode de génération et de transmission; la doctrine expérimentale s'établit; les faits qui lui servent de base se multiplient et la consolident. Alors les procédés d'application redeviennent un sujet d'expériences nouvelles, on rapproche les frictions, on en diminue le nombre, et la simplification de la méthode devient telle, grâce aux logiques efforts de M. Hardy, que l'on peut espérer aujourd'hui, non-seulement la curation aussi rapide que possible de la gale, mais la disparition de cette dégoûtante maladie. Biett, expérimentant la pommade d'Helmerich, n'obtient en quatre jours que 11 guérison sur 15cas, les 14 autres ayant exigé dix jours en moyenne. Sous es auspices de M. Bazin, elle guérit en dix-huit heures, et, M. Hardy le voulant, en deux heures. Plus heureux que Biett, moins sûr que M. Bazin, le médecin en chef de Groningue reconnaissait, en 1812, la possibilité de guérir la gale en un jour et ne le faisait point. Entre les insuccès de Biett et les réussites constantes de l'hôpital Saint-Louis depuis le mois de mars 1850 jusqu'à ce jour, entre les hésitations de Burdin et les allures résolues de la méthode actuelle, que s'est-il passé ? La notion scientifique de la maladie s'est éclaircie, au point de pouvoir servir de régulateur au traitement. Tel est l'avantage de la médecine étiologique, quand elle marche appuyée sur l'observation et l'expérience. »

Le concours pour trois places de médecins du Bureau central des hôpitaux s'est terminé par la nomination de MM. Lasègue, Racle et Boucher de la Ville-Jossy. A la suite d'un autre concours, M. Em. Baudrimont a été nommé pharmacien en chef de l'hôpital Sainte-Marguerite, en remplacement de M. Grassi, qui passe en cette qualité à l'hôpital de Lariboissière.

Leurs Majestés l'Empereur et l'Impératrice ont visité, le 11 mars, le nouvel hôpital d'enfants, établi, selon les désirs de S. M. l'Impératrice, dans les bâtiments de l'hôpital Sainte-Marguerite. Cet établissement contient 425 lits d'enfants de deux à quatorze ans. Avant de se retirer, l'Empereur a décoré MM. Legendre et René Marjolin. Le directeur de l'hôpital, M. Paupert, qui compte trente-deux ans de bons services, a reçu également des mains de S. M. la croix de la Légion-d'Honneur.

L'ouverture de l'hôpital de Lariboissière, désirée depuis si longtemps, est enfin réalisée; trois pavillons, contenant ensemble 306 lits, reçoivent des malades depuis hier 13 mars. Les médecins de ce nouvel établissement sont : MM. Hervez de Chégoin, Horteloup, Pidoux, Tardieu, Becquerel, Pelletan. Le service chirurgical est confié à MM. Voillemier et Chassaignac. L'exiguïté des promenoirs des malades est le point qui a donné lieu aux critiques les plus fondées; aussi l'administration s'est décidé à ajouter aux terrains actuels un espace d'environ 27,000 mètres. Cette amélioration réalisée, le nouvel établissement sera réellement un hôpital modèle.

M. le préfet de police vient de faire remettre le Dictionnaire d'hygiène publique de M. Tardieu aux Commissions d'hygiène, il a arrêté en même temps qu'elles recevraient régulièrement les Annales d'hygiène.

La Société de médecine de Lyon a voté à l'unanimité un don de 200 fr., en faveur de l'Association médicale du Rhône.

Le doyen de la Faculté de médecine de Strasbourg, l'honorable M. Coze, vient de compléter le cercle des Institutions pratiques de son école, en obtenant la création d'une clinique des maladies des yeux.

L'ophthalmologie tient une place trop importante parmi les connaissances médicales, pour qu'il ne soit pas nécessaire de consacrer à cette science un enseignement pratique et spécial; on peut s'étonner qu'elle paraisse pour la première fois dans le programme officiel d'une Faculté française. Cette création à Strasbourg est d'autant plus opportune que l'homme y est prêt pour la chose et donnera toute sa valeur à l'institution. Cette clinique nouvelle sera confiée à M. le professeur Stœber, qui occupe un rang distingué parmi nos ophthalmologistes.

Le rédacteur en chef, E. DEBOUT.

THÉRAPEUTIQUE MÉDICALE.

DE L'ACTION THÉRAPEUTIQUE DE L'ÉLECTRISATION LOCALISÉE DANS LE TRAITEMENT DES PARALYSIES CONSÉCUTIVES A L'HÉMORRHAGIE CÉRÉBRALE.

Par M. le docteur DUCHENNE, de Boulogne.

Est-il rationnel d'appliquer la faradisation (1) localisée au traitement de la paralysie consécutive à l'hémorrhagie cérébrale, c'est-à-dire d'employer une médication qui n'agit que sur la périphérie, dans une maladie qui est consécutive à la lésion d'un point du centre cérébral? C'est la question que je me suis posée en commençant mes recherches électro-thérapeutiques sur la paralysie cérébrale; et on comprend qu'envisageant ces recherches à ce point de vue, je n'en attendais guère de résultats favorables.

Il est incontestable qu'à une certaine période, quelques paralysies cérébrales sont guéries ou améliorées par la faradisation.

Ma surprise fut bien grande quand je vis certaines paralysies consécutives à l'hémorrhagie cérébrale guéries ou modifiées par des excitations faradiques parfaitement localisées dans les muscles paralysés, et qui, certainement, n'avaient pu modifier l'état des centres nerveux. Je vis même que l'action thérapeutique du faradisme était limitée, en général, aux muscles dans lesquels j'avais localisé l'excitation électrique. En voici un exemple :

OBS. I. Charité, salle Saint-Félix, n° 10, service de M. Andral. — *Paralysie du membre supérieur, stationnaire chez un homme âgé de trente-deux ans, et chez lequel une hémorrhagie cérébrale a produit, il y a dix mois, une hémiplégie complète du côté droit.* — Etat du malade avant le traitement par le faradisme : le membre inférieur droit n'est plus paralysé; le membre supérieur, tombant le long du corps, peut à peine être écarté du tronc par le deltoïde, la flexion de l'avant-bras sur le bras est impossible; la main est privée de mouvement, elle est violacée et présente un abaissement de température de 6 degrés; elle est peu sensible et a perdu une grande partie du sens du toucher. En quelques séances de faradisation localisée, le malade peut écarter le bras du tronc à angle droit, porter la main à la tête, à la nuque et derrière le dos; la flexion de l'avant-bras sur le bras et son extension, la pronation et la supination sont faciles; les forces reviennent rapidement. A une époque assez avancée du traitement, la flexion et l'extension des doigts s'exécutent encore avec peine, aucun des petits muscles de la main ne se contracte volontairement; ce n'est qu'après un assez grand nombre de séances que ces muscles sont guéris de leur paralysie;

(1) Nous devons rappeler que le mot *électrisation* s'emploie d'une manière générale, tandis que celui de *faradisation* signifie la mise en œuvre des courants d'électricité par induction.

enfin, après une trentaine de séances, le malade a recouvré ses mouvements et sa force musculaire, et se trouve capable de reprendre son état de rémouleur. J'ajouterai que, sous l'influence de l'excitation électro-cutanée, la température de la main revint rapidement à son état normal, que sa coloration violacée disparut, enfin que sa sensibilité et que le sens du toucher furent bientôt rétablis. Ces derniers effets thérapeutiques n'avaient point été obtenus par la faradisation musculaire.

A l'époque où ce malade fut soumis au traitement électrique, j'étais peu avancé dans l'art de la faradisation localisée; je promenai les excitateurs humides seulement sur les muscles qui présentaient sous la peau une large surface. Il en résulta que les grands mouvements revinrent rapidement chez lui, ainsi ceux qui sont commandés par les muscles grand pectoral, trapèze, deltoïde, biceps et triceps brachiaux, et quelques muscles des régions antérieure et postérieure de l'avant-bras reparurent les premiers. Je faradisai aussi, mais par hasard, plusieurs faisceaux du fléchisseur superficiel, et les doigts qui se trouvaient sous leur dépendance avaient recouvré lentement, il est vrai, leurs mouvements volontaires. Le pouce et l'index étaient rebelles, parce que je n'avais pu exciter la contraction électrique de leurs muscles. Après quelques recherches, je trouvai enfin les points où devaient être placés les excitateurs pour faire contracter ces derniers muscles à leur tour, et, en peu de séances, le mouvement volontaire leur était aussi rendu. Je n'avais pas encore songé à faradiser les petits muscles de la paume de la main ni les interosseux, de sorte que le malade ne pouvait ni écarter les doigts ni exécuter les mouvements des éminences. Chacun de ces petits muscles fut alors successivement faradisé, et, en peu de temps, la main recouvrit ses mouvements et son agilité.

Ce fait que je pourrais faire suivre d'autres faits analogues, démontre que le faradisme limite son action thérapeutique dans les muscles où il a été localisé. Ce n'est qu'après le sixième mois (à partir de l'attaque) que j'ai vu la faradisation localisée exercer son influence thérapeutique. Je prouverai bientôt qu'on fait courir des dangers inutiles aux malades, en appliquant cette médication à une époque plus rapprochée du début.

Après la résorption de l'épanchement, l'influx nerveux cérébral peut revenir aux muscles qui ont perdu leur aptitude à réagir; la paralysie est alors localisée dans les muscles; la faradisation localisée rend à ces derniers la propriété qu'ils avaient perdue.

Que se passe-t-il donc dans les différentes phases d'une paralysie consécutive à une hémorrhagie cérébrale? Pendant les premiers mois, la paralysie est symptomatique de la lésion centrale. On comprend que, dans de telles conditions, une excitation, quelle qu'elle soit, ne puisse

rendre le mouvement aux muscles paralysés. Plus tard, après la résorption de l'épanchement sanguin, alors que toute compression a disparu et que le foyer hémorrhagique est remplacé par un kyste ou une cicatrice, le stimulus cérébral revient plus ou moins aux muscles, qui peuvent rester paralysés, comme chez le sujet de l'observation précédente. Si, dans ce dernier cas, les muscles paralysés recouvrent leurs mouvements volontaires après avoir été soumis à la faradisation localisée, il est évident que celle-ci leur aura rendu une propriété qu'ils avaient perdue, celle de réagir sous l'influence de l'influx nerveux, qui leur arrivait aussi bien avant qu'après l'opération. Les choses ne se sont pas passées différemment chez le sujet de l'observation précédente (*Obs.* I.). En conséquence, il existe deux phases bien distinctes dans la paralysie consécutive à l'hémorrhagie cérébrale : une première, dans laquelle la paralysie est symptomatique de la lésion organique centrale ; et une seconde, dans laquelle la paralysie s'est localisée dans les muscles, c'est-à-dire que, par suite de la suspension trop prolongée de l'excitation cérébrale, les muscles ont perdu leur aptitude à réagir sous l'influence de l'agent nerveux, alors que celui-ci leur revient après la guérison de la lésion cérébrale. Dans la première phase de la paralysie cérébrale, la faradisation n'a certainement aucune chance de succès, tandis que c'est uniquement dans la seconde que l'on compte les succès obtenus par cette méthode de traitement, ainsi que l'a dit M. Debout.

Résumé général de mes recherches sur l'influence de la faradisation localisée dans l'hémiplégie cérébrale.

Voici maintenant le résumé général des recherches que j'ai faites sur l'action thérapeutique de la faradisation localisée appliquée au traitement de la paralysie consécutive à l'hémorrhagie cérébrale.

La faradisation appliquée pendant la période de résorption n'a produit aucun résultat favorable ; elle est alors quelquefois dangereuse.

Je viens de démontrer qu'on ne pouvait espérer modifier cette paralysie avant la résorption de l'épanchement sanguin, c'est-à-dire, en général, avant le sixième ou septième mois après l'attaque. Malgré la quasi-certitude que j'en avais préconçue, j'ai voulu en avoir la preuve expérimentale. J'ai faradisé, à la Charité et à l'Hôtel-Dieu, un assez grand nombre de sujets atteints d'hémiplégies récentes consécutives à l'hémorrhagie cérébrale, et, dans aucun cas, je n'ai obtenu la moindre amélioration appréciable. J'ai observé, au contraire, qu'à une époque trop rapprochée de l'attaque, la faradisation localisée n'est pas sans danger. J'en vais citer un exemple.

Obs. II. Hôtel-Dieu, salle Sainte-Anne, n° 14, service de M. Honoré. — *Hémiplégie gauche consécutive à une hémorrhagie cérébrale, survenue le 20 mai*

1848 *chez une femme âgée de quarante-cinq ans.*—La paralysie avait rapidement diminué, dans l'espace de trois semaines, sous l'influence des évacuations sanguines et des purgatifs. Cependant, comme les mouvements du membre supérieur étaient limités et que la marche ne pouvait s'effectuer qu'à l'aide d'un bras, on soumit la malade à la faradisation localisée, dans l'espoir de hâter sa guérison. Les premières séances n'amenèrent aucun résultat appréciable dans l'état de la paralysie. A la quatrième séance, l'excitation électrique ayant été un peu prolongée et plus énergique, des phénomènes de congestion cérébrale se manifestèrent à l'instant et nécessitèrent une saignée et l'application des sangsues derrière les oreilles.

Il m'est arrivé plusieurs accidents analogues, qui m'ont rendu très-réservé pour l'emploi de la faradisation localisée, dans les premiers temps d'une paralysie par hémorrhagie cérébrale.

On sait que, pendant le travail de la résorption de l'épanchement sanguin, les mouvements reviennent, en général, progressivement dans les membres paralysés, d'abord dans le membre inférieur, puis, beaucoup plus lentement, dans le membre supérieur. Si la faradisation localisée était appliquée pendant cette période, on pourrait lui faire les honneurs d'une guérison ou d'une amélioration qui ne serait que la conséquence de la marche naturelle de la maladie, de la résorption de l'épanchement. Il est sage de ne recourir à la faradisation localisée que lorsqu'il est bien établi que la paralysie est restée stationnaire, et après que le temps ordinaire pendant lequel se fait la résorption est bien écoulé.

C'est dans la seconde période, après la résorption, que la faradisation a obtenu quelquefois des succès. — Proportion des résultats heureux. — Différence des résultats expliquée par la différence de lésions anatomiques.

C'est presque toujours dans ces dernières conditions que j'ai expérimenté l'action thérapeutique de la faradisation localisée, et non-seulement je n'agissais que lorsque la paralysie me paraissait depuis longtemps stationnaire, mais encore alors que les vésicatoires, les purgatifs et la strychnine avaient été employés. Eh bien ! voici les résultats généraux que j'ai obtenus : dans un très-petit nombre de cas (à peine dans le vingtième des cas), j'ai vu guérir radicalement la paralysie ; assez souvent elle a été plus ou moins améliorée (dans le quart des cas approximativement) ; plus fréquemment encore, je suis forcé de le reconnaître, je n'ai observé aucune espèce d'influence appréciable.

Il me semble que la variété des désordres occasionés par l'hémorrhagie cérébrale rend parfaitement compte des différences observées dans la résistance plus ou moins grande opposée à la faradisation localisée. Je suppose qu'un épanchement sanguin, qui s'est fait dans le cerveau, se résorbe promptement et qu'il soit bientôt remplacé par un kyste peu volumineux, et qu'à la longue la place du foyer hémorrha-

gique soit seulement marquée par une cicatrice : il arrivera, dans ce cas, 1° ou que l'influx nerveux, en revenant aux muscles, les trouvera prêts à réagir sous son excitation, et alors la paralysie guérira rapidement par les seuls efforts de la nature, c'est heureusement ce qui arrive quelquefois ; 2° ou que les muscles, trop longtemps privés du stimulus cérébral, auront perdu leur aptitude à réagir lorsque ce stimulus leur arrivera librement. C'est dans ce dernier, je crois, qu'on voit triompher complétement la faradisation localisée.

Les conditions que je viens de supposer dans une paralysie cérébrale hémorrhagique sont les plus favorables qu'on puisse rencontrer. Malheureusement, ainsi que je l'ai déjà dit, ce sont les plus rares. Mais voici ce qui arrive ordinairement : une certaine portion du cerveau peut avoir subi une altération plus ou moins profonde ; un kyste plus ou moins volumineux peut exercer une compression plus ou moins grande. On conçoit que, dans ces cas, la paralysie est plus ou moins symptomatique de la lésion centrale, et que la faradisation localisée sera plus ou moins impuissante, suivant le degré de la lésion. Si, après la résorption de l'épanchement, il ne reste qu'un kyste peu volumineux, qui gêne faiblement l'action cérébrale, la faradisation localisée améliore considérablement la paralysie, mais elle ne pourra la guérir entièrement ; si le kyste est encore très-volumineux ou qu'il siége dans un point plus central, et dont la fonction soit plus importante ; si le cerveau a éprouvé une perte de substance très-considérable, évidemment la faradisation localisée ne produira aucun résultat.

Données sur lesquelles on peut s'appuyer pour diagnostiquer approximativement l'état du foyer hémorrhagique après le temps ordinaire de sa résorption, ou pour prévoir les résultats probables de la faradisation localisée appliquée au traitement de l'hémiplégie cérébrale.

Il serait donc très-important de pouvoir diagnostiquer ces différents états du foyer hémorrhagique, alors que le temps ordinairement nécessaire à la résorption du caillot s'est écoulé. Ainsi, une hémiplégie qui persiste après cinq, six ou huit mois, est-elle uniquement locale ; en d'autres termes, les muscles ont-ils perdu, par suite de la suspension de l'excitant cérébral, leur aptitude motrice, c'est-à-dire, à réagir sous l'influence du retour de l'influx nerveux ? Ou bien l'hémiplégie persistante est-elle symptomatique d'un kyste qui exerce une compression trop considérable sur les parties environnantes, pour que l'influx nerveux puisse arriver librement aux muscles ; annonce-t-elle que le cerveau a éprouvé une perte de substance ?

Je ne crois pas qu'il soit jamais possible de déterminer d'une manière exacte quel est, dans ces différents cas, l'état ou le degré de la

lésion anatomique du cerveau. Cependant, voici des faits que j'ai observés et qui peuvent servir, dans ces circonstances, à établir approximativement le diagnostic. C'est sur ces données, du moins, que je m'appuie, lorsque j'ai à me prononcer sur l'opportunité ou sur les résultats probables de l'application de la faradisation localisée.

Les malades qui, cinq, six, huit mois et plus après le début d'une hémorrhagie cérébrale, ont conservé une paralysie plus ou moins complète, mais sans la moindre contracture, ont guéri rapidement par la faradisation localisée. Le fait que j'ai rapporté plus haut (*Obs.* I) en est un bel exemple, et j'en ai observé bien d'autres analogues.

Ceux dont les membres du côté malade étaient restés contracturés d'une manière permanente, dont certains muscles se contracturaient sous l'influence d'une impression quelconque, ou lorsqu'ils voulaient faire un mouvement volontaire, n'ont tiré aucun bien appréciable do la faradisation localisée.

Je m'abstiens d'exposer la trop longue liste des insuccès que la faradisation localisée a enregistrés dans ces conditions.

J'ai cru pouvoir conclure de ces faits, 1° que l'hémiplégie consécutive à l'hémorrhagie cérébrale, qui n'est pas compliquée de contractures, après cinq à six mois de durée, n'est plus entretenue par la lésion centrale, mais qu'elle s'est localisée dans les muscles qui ont perdu leur aptitude motrice (la propriété de réagir par l'excitation nerveuse du cerveau) ; 2° que l'hémiplégie qui, au contraire, présente ces phénomènes de contracture, est très-probablement entretenue par une perte de substance cérébrale considérable ou par un kyste très-volumineux, qui fait obstacle au cours de l'action nerveuse. J'ai eu plusieurs fois l'occasion de vérifier ces faits par l'autopsie.

Ce diagnostic, tiré de l'existence de contractures actives dans l'hémiplégie cérébrale, est confirmé par les données physiologiques. On sait, en effet, que des phénomènes appelés reflexes se développent chez les animaux auxquels on a enlevé les hémisphères cérébraux. Le simple pincement de la peau suffit pour provoquer alors la contraction d'un grand nombre de muscles, qui cependant ont perdu leurs mouvements volontaires. On a cherché à expliquer ces phénomènes de la manière suivante : dans les conditions physiologiques normales, le cerveau dépense l'activité de la moelle épinière ; mais si l'action cérébrale vient à être suspendue, l'excitabilité de la moelle augmente et devient telle que la moindre excitation de la sensibilité réagit sur elle et provoque des contractions involontaires. Si l'on applique ces données à l'homme, on s'expliquera facilement pourquoi, dans certaines hémiplégies cérébrales, alors que les mouvements volontaires sont en grande partie revenus,

les malades ne peuvent empêcher la contraction involontaire d'un plus ou moins grand nombre de muscles (des fléchisseurs en général) quand ils veulent faire un mouvement ou quand ils sont impressionnés d'une manière quelconque. La moelle épinière acquiert chez eux un tel excès d'excitabilité par le fait du défaut d'action cérébrale nécessaire à l'écoulement de la force spinale, que le cerveau ne peut exciter un point de cette moelle pour produire un mouvement volontaire, sans que l'excitation s'étende bien au delà et provoque ainsi des contractions musculaires involontaires qui viennent gêner ou neutraliser le mouvement. Il résulte de ces considérations que les phénomènes reflexes, très-développés dans l'hémiplégie, annoncent que le cerveau est très-gêné dans son action ; en d'autres termes, ou qu'il a éprouvé une perte de substance considérable, ou qu'un kyste volumineux comprime fortement les parties saines.

Il existe des degrés de lésions du cerveau intermédiaires, dans lesquels on obtient plus ou moins d'amélioration par la faradisation localisée.

Entre les deux extrêmes que j'ai choisis pour établir le diagnostic, ou plutôt le pronostic de l'hémiplégie cérébrale après cinq à six mois de durée, il existe, on le conçoit, des degrés intermédiaires, qui permettent d'espérer une amélioration plus ou moins grande par l'application de la faradisation localisée.

Je vais rapporter un fait dans lequel le sujet offrait ces phénomènes reflexes à un certain degré, et qui cependant a été rapidement et considérablement amélioré par la faradisation localisée.

Obs. III. Charité, salle Saint-Vincent, n° 11, service de M. Andral. — *Hémiplégie complète, avec paralysie de la langue, consécutive à une attaque d'apoplexie survenue, le 4 juin 1849, chez une femme âgée de soixante-un ans. Etat stationnaire de la paralysie; guérison par la faradisation localisée, appliquée six mois après le début.* — Symptômes principaux avant le traitement galvanique, qui fut commencé le 15 décembre 1848 : paralysie complète du membre inférieur droit; impossibilité de remuer les orteils. Les fléchisseurs du bras et de l'avant-bras, un peu contracturés, maintiennent l'avant-bras et les doigts dans une demi-flexion continue et ne permettent aucun mouvement volontaire. Le bras peut être légèrement écarté du tronc, mais le grand pectoral contracturé s'oppose, jusqu'à un certain point, à des mouvements très-étendus. Je provoque avec peine des contractions reflexes. Quand je lui projette des gouttes d'eau fraîche sur les membres, si je la fais bâiller, si je la pince, j'obtiens seulement quelques mouvements involontaires du côté paralysé. La malade, couchée dans le décubitus dorsal, ne peut se tourner sur aucun côté, ni se mettre sur le bassin. Défécation et urines involontaires. Abaissement de la commissure droite, paralysie incomplète de l'orbiculaire des paupières, déviation de la langue, prononciation difficile. Les muscles paralysés jouissent de toute leur contractilité et de leur sensibilité électriques. La faradisation musculaire, pratiquée par l'intermédiaire des troncs nerveux, n'a produit

rien de notable après trois séances. J'excite *directement* les extenseurs du bras et de l'avant-bras, les muscles du membre inférieur, des sacro-lombaires et long-dorsaux du côté droit, et les muscles de l'abdomen, et je fais pratiquer l'extension forcée des fléchisseurs des doigts et du bras et du grand pectoral. — En quatre séances, les mouvements volontaires sont assez étendus dans le membre inférieur et supérieur. La malade peut soulever le membre inférieur paralysé, le changer de place; elle porte facilement la main au front, écarte le bras du tronc à angle droit; étend un peu l'avant-bras, ainsi que les trois doigts et le pouce de la main paralysée. La faradisation est suspendue pendant cinq jours, d'après le désir de M. Andral, afin de juger la durée des effets obtenus par elle; malgré la suspension du traitement, les mouvements volontaires paraissent encore avoir gagné sous l'influence de l'impulsion donnée à l'aptitude motrice. La température du pied du côté paralysé, qui était notablement diminuée avant la faradisation, est normale, et la malade n'y éprouve plus de sensation de froid. A la huitième séance, elle peut se mettre sur son séant, se tourner en tout sens dans son lit; elle retient les urines et les matières stercorales. A la onzième séance, elle fait le tour de la salle à l'aide d'un bras. La contracture a disparu presque complétement dans le membre supérieur, par l'extension forcée, mais les mouvements de flexion volontaire sont lents et difficiles. Les fléchisseurs du bras et de l'avant-bras sont faradisés pour la première fois, et en quelques séances ils exécutent tous leurs mouvements. La contraction du grand pectoral du côté droit n'a pas encore entièrement disparu, et s'oppose à l'élévation complexe du bras paralysé. A la dix-huitième séance la malade marche seule, à l'aide d'une crochette. Cependant les mouvements sont loin d'être parfaitement libres. Ainsi, quand elle veut élever le membre supérieur, les fléchisseurs des doigts, les fléchisseurs de l'avant-bras sur le bras se contractent un peu malgré elle; lorsqu'elle est impressionnée, ou lorsqu'elle veut marcher vite, elle éprouve des contractures qui gênent ses mouvements. Avant sa sortie de la Charité, j'excite les zygomatiques du côté droit pour relever la commissure des lèvres, qui est abaissée, les muscles de la langue et le nerf grand hypoglosse pour redresser la langue, qui est déviée, et rendre la prononciation plus facile. En quatre séances la paralysie de la face et de la langue a disparu. Deux mois après sa sortie de l'hôpital, j'ai appris que sa guérison s'était maintenue.

S'il est un fait qui établisse d'une manière éclatante l'heureuse influence exercée par la faradisation localisée sur la paralysie consécutive à l'hémorrhagie cérébrale, c'est certainement celui que je viens de relater.

A l'époque où je fis cette expérience, je ne croyais pas qu'une excitation musculaire localisée pût modifier une paralysie dont la cause unique me paraissait siéger dans le centre nerveux. J'avais choisi avec intention ce cas rebelle aux médications ordinaires, comme un défi jeté à la faradisation localisée. Je disais, avec tous ceux qui observaient cette malade dans le service où elle se trouvait, que si, dans un cas pareil, l'excitation électro-musculaire modifiait l'état de la paralysie, l'action thérapeutique de la faradisation localisée, dans la paralysie

cérébrale, serait définitivement jugée. Etait-il possible, en effet, d'agir dans des conditions plus défavorables? La paralysie était restée entièrement stationnaire après cinq mois, malgré une médication très-active, au point que la malade ne pouvait se mouvoir dans le lit, et cela chez une femme sexagénaire.

Quelques contractions reflexes s'étaient montrées avant le traitement. On a remarqué qu'elles n'ont pas empêché l'amélioration considérable de la paralysie par la faradisation localisée ; mais si la guérison n'a pas été complète, c'est sans doute que la lésion centrale était encore trop grande pour rendre une entière liberté à l'action du cerveau, et cette lésion centrale était annoncée par la persistance de quelques mouvements reflexes.

(La fin à un prochain numéro.)

THÉRAPEUTIQUE CHIRURGICALE.

MÉTHODE CURATIVE NOUVELLE DE LA CHUTE DE L'UTÉRUS : PINCEMENT DU VAGIN.

Par M. DESGRANGES, chirurgien en chef désigné de l'Hôtel-Dieu de Lyon.

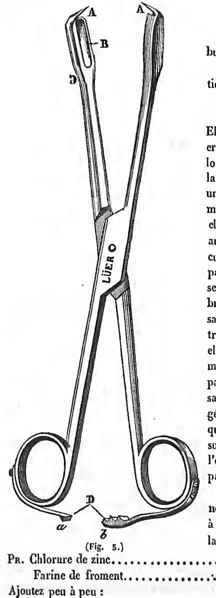
(Suite et fin) (1).

M. Desgranges décrit, dans son Mémoire, un second procédé que voici : Le caractère essentiel du second procédé, dit-il, c'est la combinaison de la constriction mécanique et de la cautérisation. La pince, construite de façon à pourvoir être chargée de caustique, n'agit plus seulement par pression ; elle fixe de plus, sur un point déterminé, un agent de destruction, qui achève rapidement la perte de substance, que la constriction seule aurait mis quelque temps à produire. Du même coup, l'appareil instrumental se trouve simplifié et la durée de l'application réduite.

A. INSTRUMENTS. — 1° *Pince élytrocaustique* (fig. 5). Ainsi nommée en vue de son action combinée, cette pince, longue de 12 à 13 centimètres, ressemble à une pince à pansement par sa forme générale, par l'entrecroisement de ses branches ; elle en diffère sur plusieurs points importants. D'abord les anneaux sont plus petits, plus légers, pour ne point surcharger les organes d'un poids inutile. Ces anneaux sont munis de petits ressorts ayant, l'un une dent, l'autre une crémaillère, qui peuvent s'engrener dans le rapprochement et fixer les branches à trois degrés d'écartement. Au premier degré, les extrémités des branches restent à 3 millimètres de distance ; au

(1) Voir la livraison du 15 mars, pag. 200.

deuxième, elles ne sont plus éloignées que d'un millimètre; au dernier, elles se touchent.



(Fig. 5.)

A. Dents en saillie.

B. Cuvette.

C. Niveau de la courbure.

D. Ressort en deux parties.

a. La dent.

b. La crémaillère.

Elles (ces extrémités) sont creusées d'une cuvette, longue de 15 millimètres, large de 5 millimètres, sur une profondeur de 3 millimètres seulement. La branche s'incurve légèrement, au point où commence la cuvette ; elle se termine par une dent en saillie qui se croise avec celle de la branche opposée. Ainsi saillantes, ces dents pénètrent mieux dans les tissus, elles concourent efficacement à donner plus d'épaisseur au pli que l'on saisit. La cuvette est chargée de chlorure de zinc, que l'on tasse exactement sur tous les points et que l'on empêche de tomber par quelques tours de fil.

Le chlorure de zinc, dont nous faisons grand usage à Lyon, s'obtient en mélangeant :

Pr. Chlorure de zinc..................	600 grammes.
Farine de froment..............	600 grammes.
Ajoutez peu à peu :	
Eau..........................	80 grammes.

D'ordinaire on l'étend sur de la toile, de façon à faire un vrai sparadrap caustique ; mais, pour le cas actuel, il est indispensable de l'avoir en magdaléons, soit qu'on l'ait conservé ainsi de prime abord, soit qu'on en détache de la toile assez pour en charger les cuvettes.

2° *Pince de traction.* — Ce n'est que la pince de Museux, modifiée en ce sens, qu'au lieu de deux dents à chaque branche il n'y en a qu'une seule, et que les anneaux, une fois au contact, sont arrêtés par un ressort à pivot.

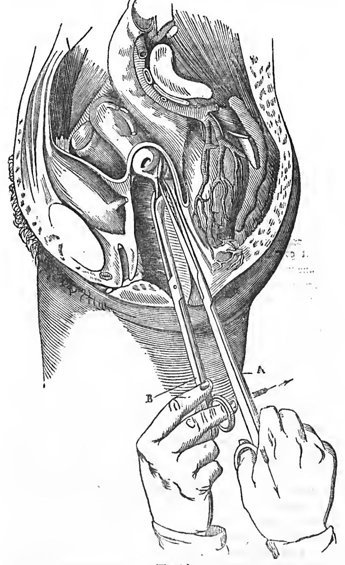
Le bandage en T double et le fil n'ont rien qui mérite une mention à part.

E. *Manuel opératoire.* — Avant de procéder à la première application, et dominé par l'idée que le chlorure de zinc, si énergique sur les ulcérations, reste sans effet contre la peau non privée d'épiderme, je craignis, par analogie, que l'intégrité de l'épithélium vaginal n'entravât la force du caustique et ne fît perdre tout le résultat que j'attendais de cet agent placé dans la cuvette. Etait-ce une appréhension mal fondée, une précaution inutile ? Je le vérifierai plus tard. Dans tous les cas cela ne pouvait pas nuire. Je choisis le caustique Filhos, qui me parut commode par son activité sous un petit volume, sans lui croire une supériorité réelle sur les acides minéraux, le nitrate acide de mercure, etc., qui pourraient également servir à cet usage.

L'introduction du crayon caustique fut des plus simples. A l'aide du spéculum, dont j'enlevai la valve mobile, je mis à découvert une portion du vagin, sur laquelle je promenai le caustique deux ou trois minutes, sans m'inquiéter qu'il en touchât plus qu'il n'aurait fallu, les ulcérations consécutives me paraissant plutôt avantageuses que nuisibles. Il va sans dire que je ne songeais plus à la cautérisation préalable quand je fis les applications ultérieures, attendu que la plaie vive laissée par la précédente nous mettait dans les conditions qui favorisent le mieux l'énergie du caustique de Canquoin.

Premier temps : *Formation d'un pli sur le vagin.* — Le chirurgien cherche ici à favoriser l'application de l'élytrocaustique ; or, il est clair qu'un pli fait à l'avance rend les manœuvres plus simples, plus fructueuses que des parois tendues. Supposons donc que l'on opère à *droite ;* le pli sera dirigé de haut en bas et de droite à gauche (fig. 6). Dans ce but, l'opérateur fait glisser sur l'index, préalablement introduit, la pince de traction qu'il conduit, à droite, aussi haut que possible, dans la rainure utéro-vaginale ; une fois arrivé là, il saisit la muqueuse près du col; et par un effet combiné de traction en bas et de propulsion du col vers la gauche, il soulève un pli qui vient saillir sous le doigt. Un aide maintient les choses en cet état

jusqu'à ce que le chirurgien ait achevé l'opération de ce côté. A *gauche*, la symétrie du manuel opératoire est parfaite si l'on tient les instru-



(Fig. 6.)

Explication de la fig. 6. — Coupe du bassin représentant la vessie, l'utérus, le rectum entiers et le vagin ouvert.

A. Pince de traction agissant dans le sens des flèches, pour former le pli.

B. Pince élytrocaustique en place.

ments de la main gauche et que l'on introduise l'index droit dans les parties; si l'on n'est pas ambidextre, la similitude est telle que personne n'y sera embarrassé.

Deuxième temps : *Application de l'élytrocaustique.* — Tout étant disposé comme il vient d'être dit, le chirurgien s'assure encore de la position du pli ; et sur le doigt explorateur il fait glisser une élytrocaustique, jusqu'à ce qu'il sente le bord saillant du pli ; là il ouvre largement la pince, embrasse le plus qu'il peut de ce pli, et finit par exercer une forte constriction, que maintiennent les ressorts des anneaux. Un écueil à éviter, c'est le col qui, mal fixé par les tractions, vient se placer quelquefois entre les mors de l'instrument. On le reconnaît à la résistance insolite des tissus, à la difficulté de rapprocher les branches, ainsi qu'à une douleur vive qu'éprouve la malade.

La largeur du pli saisi fût-elle d'un centimètre, il n'y aurait à cela aucun inconvénient. On se rassure bien vite sur le danger de voir éclater des accidents sérieux, quand on a pratiqué quelquefois cette opération. Je puis dire que rien n'égalait ma timidité en commençant, jusqu'à ce que l'extrême simplicité des suites m'eût amené à saisir, chaque fois, le plus que je pouvais. J'ai maintes fois observé qu'un repli large d'un centimètre, mesuré en un mot par toute la longueur des cuvettes, n'a pas plus d'inconvénient qu'un repli beaucoup plus étroit.

L'opération est toujours plus aisée pour la première pince à cuvette que pour la seconde. Les embarras viennent de ce que la pince, déjà mise en place, arrête le col, le fait résister aux efforts qui tendent à le porter en bas et vers le côté opéré ; le pli, par conséquent, n'a jamais l'ampleur du premier; rarement aussi arrive-t-il de pouvoir faire une constriction aussi avantageuse. Si, tout le temps de la médication, on persistait à commencer chaque fois par le même côté, il y aurait à cela un inconvénient : celui, par exemple, d'incliner l'utérus de côté, en déterminant un travail inodulaire plus fort dans un sens que dans l'autre. Je crois donc à propos d'alterner, de commencer tantôt à droite, tantôt à gauche. Je n'ai point encore fait d'application en arrière ni en avant ; la couche de tissu cellulaire entre le rectum, le vagin et la vessie, paraît bien mince pour supporter, sans chances de fistule, un instrument aussi énergique que la pince élytrocaustique. A la vérité, je ne vois aucun inconvénient à associer les deux procédés, à mettre simultanément les élytrocaustiques sur les côtés et quelques pinces vaginales, soit en avant, soit en arrière. Si je ne l'ai pas fait, c'est que précisément je désirais juger de la valeur du second procédé, comparé au premier.

A moins d'un ressort d'une solidité parfaite, il est bon d'assurer la

constriction des pinces en serrant les anneaux par un fil ; après quoi, l'on réunit les deux pinces pour les attacher sur les bandes verticales du bandage en T double. Elles seront maintenues sur la ligne médiane et le fil assez serré pour qu'elles refoulent l'utérus et tiennent lieu d'embout.

Le bandage en T double se place de façon que la jonction des bandes verticales sur la bande horizontale recouvre l'hypogastre. Chaque bande verticale doit contourner la cuisse d'avant en arrière, pour venir se nouer sur la bande horizontale, en avant du grand trochanter.

Au bout de quarante-huit heures, la portion du pli serré entre les pinces est frappée de mort. Peut-être l'est-elle plus tôt? Néanmoins, par mesure de prudence, surtout quand le pli est épais, il faut attendre aussi longtemps.

L'ablation des pinces est d'une extrême simplicité : desserrer le bandage, couper les fils, écarter les anneaux, tirer la pince au dehors : voilà tout.

Combien faut-il d'applications avec ce dernier procédé? Je manque de faits pour donner une réponse motivée à cet égard ; mais je présume que *cinq* ou *six* doivent suffire.

c. *Suites de l'opération ; résultat définitif.* — La *réaction générale* qui suit chaque application est plus forte que dans le premier procédé ; malgré tout, elle est si fugitive, si innocente, qu'une fièvre traumatique réduite à de telles proportions mérite à peine ce nom. Elle le mérite aussi peu sous le rapport de la durée : après vingt-quatre, quarante-huit heures, au plus tard, tout est rentré dans l'ordre, si ce n'est quelquefois les douleurs sympathiques, dont la durée se prolonge assez pour nécessiter l'emploi de moyens appropriés.

Le *résultat de chaque opération* est une escarre mince, que l'œil reconnaît à sa coloration noirâtre ; le toucher, à sa consistance dure. Cette escarre tombe, en général, du huitième au dixième jour. Il reste, après sa chute, une plaie rose, recouverte de bourgeons charnus, qui fournit une suppuration assez abondante, mêlée, à son apparition, de détritus gangréneux. La perte diminue avec la cicatrisation, qui marche rapidement, comme dans toutes les plaies faites avec ce caustique. La plaie elle-même est parfaitement innocente, ainsi que le démontre l'observation citée, et surtout une multitude de faits étrangers, que je pourrais invoquer.

Le *résultat définitif* est une constriction du vagin dans sa moitié supérieure, la moitié vulvaire restant, à peu de choses près, ce qu'elle était d'abord. Le conduit, près du col, est inégal, hérissé de petites saillies hémisphériques et sillonné de brides cicatricielles.

Le col contracte, en avant, des adhérences qui comblent la rainure utéro-vaginale. Il reste dans l'axe du vagin le museau de tanche favorablement disposé à la fécondation, et la distance qui le sépare du méat urinaire peut être évaluée de *cinq* à *sept* centimètres, longueur bien suffisante à la copulation.

Le second procédé, tout différent qu'il est du premier, *ne change rien à la méthode.*

Dans l'un comme dans l'autre, le vagin est attaqué, dans toute son épaisseur, sur un repli formé artificiellement. Que ce pli soit plus large, plus épais, que la destruction en soit plus rapide, plus profonde, ce n'est là qu'une variante, qu'une différence du plus au moins.

L'adjonction du caustique ne saurait dénaturer la méthode ; il agit dans le même sens que les pinces, sur un pli qu'elles étreignent, qu'elles mortifieraient seules, uniquement pour activer cette mortification, et permettre d'enlever les pinces après deux jours, tandis que, laissées à demeure, elles mettraient longtemps à se détacher.

Après avoir rapporté à l'appui de sa méthode les huit cas dans lesquels son premier procédé a été appliqué, M. Desgranges examine les conditions favorables à ce nouveau mode de traitement. Nous regrettons que l'espace nous permette de reproduire seulement les remarques de ce chirurgien sur le mode d'action des pinces.

Bien que je n'attache pas d'importance aux théories, en présence des faits, poursuit M. Desgranges, je crois devoir aborder cette question : Comment s'opère la guérison? Je dis théorie à dessein, puisque l'analogie seule va me conduire, en l'absence de l'anatomie pathologique, que je n'ai point eu, et je m'en félicite, l'occasion d'interroger.

Il me paraît infiniment probable que tout, dans la cure, ne se passe pas au vagin, que le rétrécissement de cet organe ne doit y figurer qu'à titre secondaire. La véritable raison du succès, je la vois dans un certain degré d'inflammation qui, du point mécaniquement irrité, se propage au delà du vagin, en provoquant autour de ce conduit un travail organoplastique assez faible pour ne point occasionner d'accidents, assez fort pour rendre la tonicité perdue aux ligaments utéro-sacrés et au tissu cellulaire extravaginal.

Les ligaments utéro-sacrés, on le sait depuis la description qu'en ont donnée Dugès et Mme Boivin, concourent pour une bonne part à maintenir l'utérus à la hauteur normale. D'un côté, ils s'insèrent sur l'utérus, à l'origine du col ; de l'autre, ils adhèrent à la face antérieure du sacrum, dirigés obliquement de bas en haut et d'avant en arrière. Peu visibles quand l'utérus est livré à son propre poids, ils deviennent

très-apparents dès qu'on porte l'utérus en avant, en même temps qu'on le tiraille, soit en haut, soit en bas. Ils se dessinent alors sous forme de deux replis demi-circulaires, qui limitent, au fond du cul-de-sac recto-utérin, un infundibulum où plongent les anses intestinales. Le péritoine n'entre pas seul dans leur composition : les deux feuillets séreux sont séparés par du tissu cellulaire et renforcés de filaments fibreux. Par suite de leur peu de longueur, ces ligaments sont les premiers à souffrir de la gestation qui les distend outre-mesure et de l'abaissement qui les allonge graduellement.

Eh bien ! je le demande, est-il déraisonnable de supposer qu'en agissant près de ces ligaments, par l'application des pinces très-haut dans le vagin, on y provoque un certain degré de congestion, un dépôt plastique, dont finalement l'organisation les renforce et les fait rétracter?

Le même travail doit nécessairement se produire dans une partie trop négligée, suivant moi, par ceux qui font l'histoire des connexions de l'utérus : je veux dire le tissu cellulaire qui double le vagin.

Entre le releveur de l'anus, en bas, le péritoine, en haut, principalement à la base du ligament large, et les organes du petit bassin, existe une masse irrégulièrement prismatique de tissu cellulaire lâche, qui remplit les vides de cette région et au travers de laquelle passent les vaisseaux et les nerfs qui se rendent de l'artère hypogastrique et du plexus sacré au vagin et à l'utérus. Ce tissu, par ses rapports étendus avec les parois latérales du vagin et l'extrémité inférieure de l'utérus, doit inévitablement se trouver distendu par le renversement du vagin, de même que le tissu cellulaire sous-cutané est distendu par le déplacement de la peau.

Actuellement, supposons qu'au lieu d'un tissu cellulaire lâche, à larges cellules, nous ayons un tissu dense, serré, résistant, le vagin se trouvera retenu aussi bien que la peau, partout où une inflammation chronique a fait passer le tissu sous-cutané à l'état de tissu lardacé. Il faut, pour se faire une idée bien exacte de ce tissu lardacé, ainsi que de l'immobilisation de la peau qu'il entraîne, avoir été dans la nécessité d'amputer une jambe au voisinage de quelque vieil ulcère calleux. La dissection de la peau est lente, laborieuse, en proportion directe de l'ancienneté de l'inflammation chronique et des recrudescences. Que l'inflammation apparaisse pour la première fois, elle ne laisse après elle qu'un peu d'engorgement ; qu'elle survienne une deuxième, une troisième fois, l'engorgement croît en épaisseur, en étendue.

Les lois de la pathologie générale ne peuvent pas changer du tissu cellulaire sous-cutané à celui du petit bassin. Donc, nous sommes en

droit de conclure que, sous l'influence d'un agent mécanique qui attaque dans un point limité toute l'épaisseur du vagin, il s'éveille une inflammation légère, dont l'action se propage sous l'influence des applications successives, et dont le résultat est la densification de ce tissu cellulaire. On ne saurait prétendre que mon assertion est une pure hypothèse, si l'on veut bien se rappeler quelles modifications surviennent dans le petit bassin, sous l'influence d'une affection organique des voies génitales. Dernièrement encore j'en rencontrai un exemple qui peut servir de type. C'était chez une vieille femme qui avait succombé à un cancer ulcéré du col, se propageant aux cloisons vésico-vaginale et recto-vaginale. Tout le tissu cellulaire qui double le plancher inférieur du bassin avait les caractères du *tissu lardacé* d'inflammation chronique. Il était grisâtre, peu vasculaire, très-dense, et criait sous le bistouri. Les ligaments, larges eux-mêmes, avaient subi de profondes modifications : ils étaient courts et dirigés horizontalement, tendus, au lieu d'être lâches et flottants ; très-épais, très-durs, non plus minces et formés de deux feuillets glissant aisément l'un sur l'autre. La consistance et la tension étaient au point que l'on aurait dit d'un gros faisceau fibreux, inséré d'une part aux parois latérales du bassin, de l'autre aux bords de l'utérus et sur les côtés du vagin.

A vrai dire, il s'en faut que toujours on rencontre aussi loin les traces d'une inflammation, qui émane des organes génitaux ; il y a, sous ce rapport, des variétés infinies, correspondant aux diverses nuances du mal. En règle générale, la base seule des ligaments participe à l'état du tissu cellulaire ; la partie supérieure de ces mêmes ligaments conserve ses rumentoires ; *a fortiori*, les trompes, les ovaires ne sont-ils pas atteints par contiguïté.

En résumé donc, ce qui se passe dans le tissu cellulaire sous l'influence d'une cause irritante, ce qu'on observe dans le petit bassin consécutivement aux affections du col, en d'autres termes, l'analogie et l'anatomie pathologique nous démontrent qu'après le traitement, le *tissu cellulaire péri-vaginal,* les *ligaments utéro-sacrés* doivent se rapprocher du *tissu lardacé*, plus ou moins pour la consistance, et dans une étendue qui varie suivant la durée et l'intensité de l'irritation mécanique. En second lieu, eu égard à l'ancienneté et à la profondeur du mal, quand il propage ses effets jusqu'aux ligaments larges et les altère en totalité, nous sommes raisonnablement en droit de conclure que, par un traitement de trois mois environ, la base seule de ces ligaments éprouve quelques modifications, que la partie supérieure de ces replis n'en ressent pas d'atteintes, que la trompe et l'ovaire ne sont point affectés.

Au reste, que cette explication soit bonne ou attaquable, je m'en inquiète peu ; elle ne saurait ni infirmer ni corroborer les faits que je publie. Qu'on m'en présente une meilleure, j'abandonne la mienne ; tout comme j'aurais abandonné la méthode, si elle était mauvaise.

M. Desgranges examine ensuite et prouve que le rétrécissement du vagin, résultat du traitement, ne nuit ni à la copulation, ni à la fécondation, et que, dans aucun cas, il ne peut devenir une cause de dystocie ; puis il termine son intéressant Mémoire par les conclusions suivantes :

I. La chute de l'utérus, difficile à guérir, n'est point une affection incurable.

II. Elle cède à un ensemble de moyens qui constituent une *méthode nouvelle*, attendu qu'on ne voit rien de semblable dans les travaux antérieurs.

III. Le traitement du prolapsus est susceptible aussi de modifier avec avantage les autres déplacements et les inflexions de la matrice.

IV. La méthode a pour base la constriction et la destruction partielle de plis formés sur le vagin, en se servant de pinces.

V. Le *pincement du vagin* comprend deux procédés qui s'exécutent, le *premier*, avec les *pinces vaginales* ; le *second*, avec les *pinces élytrocaustiques*.

A. *Premier procédé*. — 1° On doit, à chaque application, introduire le plus de pinces que l'on peut, et généralement, aux premières opérations, on peut aller jusqu'à huit ou neuf.

2° Les pinces tombent d'elles-mêmes du cinquième au huitième jour.

3° Le nombre total des applications varie de huit à dix. Mieux vaut en faire plus que moins.

4° La durée du traitement complet est environ de trois mois.

5° Point de mort. Désordres locaux nuls. Absence de troubles généraux de quelque gravité.

B. *Second procédé*. — 1° On place de chaque côté une élytrocaustique.

2° On les enlève au bout de quarante-huit heures.

3° Le nombre des applications, la durée du traitement, ne peuvent se déterminer que par des faits ultérieurs.

4° Point de mort. Réaction générale faible, de courte durée. Nul accident local.

5° Le caustique dans les cuvettes ne change rien à la méthode, puisque son action est limitée par la pince, et que surtout la pince seule, au temps près, donnerait le même résultat.

VI. Les chances de succès grandissent, avec un prolapsus exempt de complications, chez une femme jeune et forte.

VII. Un engorgement considérable du col exige un traitement approprié ; un médiocre engorgement n'entrave point la méthode.

VIII. La guérison est due probablement moins au rétrécissement du vagin qu'à un travail organoplastique qui, en se propageant au delà de l'organe, rend la tonicité perdue aux ligaments utéro-sacrés et au tissu cellulaire du petit bassin.

IX. Le traitement fait n'empêche ni la cohabitation ni la fécondation ; il ne saurait devenir une cause de dystocie.

X. Enfin, si les observations ne sont point encore en nombre pour édifier la méthode, celles qui sont publiées suffisent largement pour en établir la parfaite innocuité et pour autoriser de légitimes espérances.

CHIMIE ET PHARMACIE.

SUR UNE NOUVELLE FORMULE DE SIROP PECTORAL.

M. Jeanne, pharmacien à Lesparre, propose de remplacer le sirop de Briant par un sirop dont voici la formule :

Pr. Sucre très-blanc	3	kilogrammes.
Gomme Sénégal, premier choix.	200	grammes.
Extrait d'opium	1	gramme 95 centigr.
Eau de fleurs d'oranger	45	grammes.
Sirop de coquelicot	300	grammes.
Vin d'Alicante de	95 à 120	grammes.

1° Concassez la gomme et faites-la dissoudre à froid dans 500 grammes d'eau de fontaine.

2° D'autre part, dissolvez l'extrait d'opium dans 30 grammes d'eau pure et filtrez au papier.

3° Avec le sucre et suffisante quantité d'eau faites un sirop, que vous clarifierez.

4° Quand votre sirop sera parfaitement clair et pèsera 31 degrés bouillant au pèse-sirop, vous le retirerez du feu et y verserez d'abord la solution d'opium, en ayant soin de bien la mêler au sirop ; remettrez sur le feu, donnerez un bain, ajouterez ensuite la solution de gomme, concentrerez votre sirop jusqu'à 32 degrés bouillant, et le passerez au blanchet.

5° Lorsque le sirop sera froid, vous dissoudrez les cristaux qui se seront formés à la surface avec l'eau de fleurs d'oranger prescrite.

6° Ensuite vous prendrez le sirop de coquelicot, qui devra être très-foncé, le mêlerez à l'autre par parties et peu à peu pour que la coloration se fasse mieux.

7° Et enfin vous aromatiserez avec le vin d'Alicante, dans les proportions ci-dessus de 95 à 120 grammes, et ramènerez le sirop à 35° froid, en y ajoutant de l'eau, si ce que vous y avez ajouté déjà d'eau de fleurs d'oranger et de vin d'Alicante ne suffisait pas.

Nous n'avons pas l'intention, en reproduisant cette formule, d'engager les médecins à prescrire ce sirop, et les pharmaciens à le préparer. Nous n'avons pas non plus le désir de faire remarquer que le *modus faciendi* de cette formule est extraordinairement compliqué et qu'il pourrait être, avec un avantage positif, considérablement simplifié ; mais nous saisissons cette occasion pour dire qu'il est aussi utile de repousser les imitations des remèdes secrets que les remèdes eux-mêmes.

Si les pharmaciens qui font des remèdes secrets n'avaient pas un grand intérêt à cacher la composition de leur formule, s'ils ne pouvaient employer que des substances à réactions chimiques parfaitement nettes, si toutes les substances médicamenteuses très-actives pouvaient être facilement reconnues, nous comprendrions qu'on cherchât à imiter leurs préparations ; mais comme il en est autrement, nous pensons qu'on doit croire qu'ils connaissent assez de matière médicale pour ne pas employer un seul agent thérapeutique, l'opium, et qu'on ne doit pas prendre en considération toutes les proportions qui sont faites pour imiter un remède secret.

D'ailleurs, voici la preuve de ce que nous avançons. On a publié beaucoup de formules pour remplacer l'élixir tonique antiglaireux du docteur Guillé, et aucune ne se rapproche de la formule suivante, qui est la véritable formule. Nous la transcrivons avec les anciens poids. Nous avons fait connaître comment on pouvait transformer les anciens poids en nouveaux.

Formule de l'élixir tonique antiglaireux du docteur Guillé.

Racine de colombo en poudre		3 onces.
— d'iris de Florence	d°	2 onces.
— de gentiane	d°	2 gros.
— de jalap	d°	3 livres.
Aloès succotrin	d°	3 gros.
Safran oriental	d°	2 onces.
Sulfate de quinine		4 gros.

Deuto-tartrate de potassium et d'antimoine (émétique)............................ 1/2 gros.
Deuto-nitrate de potassium (nitre)............ 4 gros.
Santal citrin............................ 1 once.
Sirop de sucre très-cuit et caramellé.......... 22 livres.
Alcool de Montpellier à 28 degrés........... 22 litres.
Eau distillée............................ 22 litres.

On fait macérer les poudres pendant 24 heures dans l'alcool, à une température de 20 degrés.

On fait dissoudre séparément le deuto-tartrate de potassium et d'antimoine, le sulfate de quinine et le deuto-nitrate de potassium dans l'eau distillée qu'on ajoute à la teinture, qui se trouve ainsi réduite à 19 degrés. Vingt-quatre heures après la réunion des deux mélanges, on verse le sirop de sucre dans le matras, qu'on agite pour la dernière fois.

Après quarante-huit heures de repos, on filtre à la chausse et au papier : la liqueur doit être colorée, mais transparente, et n'avoir qu'environ 18 degrés.

Chaque cuillerée à bouche de ce véhicule ne contient en dissolution que 4 grains 3/8 de substances purgatives non résineuses ; le reste agit comme tonique.

Usage.—Cet élixir se prend à la dose de deux ou trois cuillerées à bouche : il agit comme un léger minoratif ; on boit, après l'avoir pris, trois ou quatre tasses de décoction légère de chicorée sauvage ou d'eau miellée.

SIROP DE SCILLE COMPOSÉ.

M. Faverdaz, auteur de cette formule, ne fait pas connaître les avantages qu'il a obtenus en réunissant la scille, la digitale, la spirée ulmaire et l'acétate de potasse. Cela est fâcheux, car il est plus difficile de connaître les propriétés des médicaments que de composer une formule, et ce n'est pas une raison parce qu'on réunit quatre médicaments diurétiques éprouvés, pour que leur réunion constitue un mélange qui sera doué d'une action plus énergique. Dans tous les cas, voici cette formule : malheureusement elle n'est pas régulièrement dosée.

Scille concassée.................... 30 grammes.
Feuilles de digitale.................. 15 grammes.
Spiræa ulmaria...................... 30 grammes.

Faites infuser pendant vingt-quatre heures dans 350 grammes d'eau, après quoi faites un sirop s. a., en ajoutant :

Sucre............................	600	grammes.
Acétate de potasse....................	12	grammes.

POUDRE DE SEIGLE ERGOTÉ COMPOSÉE.

M. le docteur Lazowki recommande l'emploi de cette poudre dans le traitement des écoulements blennorrhagiques passés à l'état chronique.

Pr. Seigle ergoté............	4 grammes.	
Safran de mars apéritif.....	5 grammes 50 centigr.	
Vanille pulvérisée.........		25 centigr.
Camphre pulvérisé........		25 centigr.

Mêlez et divisez en vingt paquets, que l'on doit prendre : un le matin à jeun, et un autre le soir en se couchant. Chaque prise est composée de 20 centig. de seigle ergoté, 275 milligrammes de safran de mars, 125 milligrammes de vanille et 125 milligrammes de camphre.

M. Lazowki fait remarquer qu'il arrive souvent que l'écoulement est entretenu uniquement par un état d'atonie de tout le système, ou seulement des organes génitaux : la vessie, la prostate ou le canal de l'urètre sont isolément ou simultanément frappés d'un relâchement qui entretient la blennorrhagie.

L'expérience a pleinement démontré à l'auteur la justesse de ces vues théoriques ; aussi a-t-il pu guérir par ce moyen un grand nombre d'écoulements qui avaient fait pendant longtemps le désespoir des malades et des médecins.

POMMADE OPIACÉE ET RÉSOLUTIVE AU CHLOROFORME.

Dans les cas de prurit de la vulve, M. Vaneedem fait frictionner les parties siége de la démangeaison avec la pommade suivante :

Pr. Fleurs de soufre................	8	grammes.
Carbonate de soude.............	4	grammes.
Axonge.........................	30	grammes.
Chloroforme....................	4	grammes.
Acétate de morphine............	50	centigrammes.
Huile d'olive..................	Q. S.	

On donne en même temps, à l'intérieur, une poudre composée de soufre doré d'antimoine, de fleurs de soufre et de poudre de réglisse.

HUILE DE MORPHINE.

M. Saint-Sager propose de modifier la préparation de l'huile de morphine de la manière suivante :

Dissolvez de la morphine pure, et non de l'acétate, dans un peu de chloroforme, et ajoutez ce soluté à de l'huile.

CORRESPONDANCE MÉDICALE.

CAS DE RHINOPLASTIE, PRATIQUÉE AVEC SUCCÈS PAR LA MÉTHODE DE CELSE MODIFIÉE.

Monsieur le secrétaire perpétuel,

J'ai l'honneur de vous prier de vouloir bien donner à l'Académie des sciences communication d'une opération de rhinoplastie que j'ai faite avec un plein succès, par la méthode de Celse modifiée.

Le Mémoire qui accompagne cette lettre peut se résumer dans l'analyse qui suit :

Dans des considérations générales, nous passons rapidement en revue les diverses méthodes employées pour la rhinoplastie ; nous démontrons que la méthode italienne, à laquelle Tagliaco a donné son nom, est tombée dans un juste oubli et que la méthode indienne elle-même, qui consiste dans l'emprunt d'un lambeau à la région frontale, a tellement perdu de son prestige, qu'on se demande avec raison si elle procure des résultats réellement avantageux et définitifs.

Finalement, nous accordons une préférence motivée, d'accord en cela, avec notre illustre maître M. Larrey, à la méthode de Celse, qui emprunte, sur les côtés du nez et aux joues, deux lambeaux qu'elle amène par glissement au niveau de la perte de substance.

On reproche à toutes les méthodes de rhinoplastie l'aplatissement du nez de nouvelle création. On l'attribue à l'absence d'une voûte pour soutenir les lambeaux, quand le cartilage et, à plus forte raison, quand les os propres du nez ont été détruits. Voici comment nous avons cherché à affranchir de ce reproche la méthode de Celse.

Ayant remarqué que le cancer, l'une des causes les plus fréquentes de la perte du nez, envahit les parties molles avant les cartilages, nous avons pensé qu'il serait souvent possible, par une dissection attentive, d'enlever les parties molles cancéreuses, tout en conservant les cartilages du nez.

Cette idée nouvelle, nous l'avons mise en pratique, avec un entier succès, sur une femme de soixante-douze ans, à laquelle nous avons pratiqué la rhinoplastie, après lui avoir enlevé une tumeur cancéreuse dont le siége était au lobe du nez.

Il n'est pas survenu d'accident pendant ni après l'opération, et la guérison était complète dès le vingtième jour. Les cartilages des ailes du nez conservés ont fourni aux lambeaux d'emprunt une voûte qui s'est parfaitement soutenue.

Nous avons apporté à la méthode de Celse une seconde modifica-

tion. L'affrontement des lambeaux sur la ligne médiane était difficile. Les lambeaux fortement tendus menaçaient de se désunir. Pour parer à ce danger, il a suffi de faire en dehors des lambeaux, de l'un et de l'autre côté, une incision verticale de 3 centimètres de longueur qui, à l'instant, les a rendus beaucoup plus extensibles.

Ce n'est pas tout. La glace, que depuis tant d'années nous employons, avec des résultats on ne peut plus satisfaisants, pour combattre l'excès des inflammations traumatiques, a été appliquée heureusement pendant quarante-huit heures, pour enrayer une vive réaction des vaisseaux capillaires qui les menaçait de mortification.

Enfin, le chloroforme a été administré, suivant le conseil par nous donné et suivi environ deux mille fois, savoir : de suspendre l'inhalation de cet agent dès que la sensibilité est abolie, sans vouloir anéantir du même coup sensibilité et contractilité musculaire.

La survivance de la myotilité ne nous a jamais empêché d'heureusement terminer les opérations chirurgicales. Elle écarte tout danger de mort.

En effet, M. Flourens, dont les belles découvertes devraient servir de guide dans l'emploi du chloroforme, a démontré, on ne saurait trop le redire, que l'action de cet agent étant progressive et successive, on ne court aucun risque, pourvu qu'on préserve de son action la moelle épinière et le nœud vital. Aussi, repoussons-nous de toute la puissance de nos convictions scientifiques l'opinion des praticiens qui présentent ces précieuses découvertes comme étant sans valeur au point de vue des applications pratiques.

Ils s'appuient sur ce que la marche du chloroforme peut être si rapide que cerveau, cervelet, racines sensitives, racines motrices de la moelle épinière, et même bulbe rachidien, peuvent être envahis simultanément.

Mais les faits d'anesthésie foudroyante reconnaissent-ils bien toujours cette cause unique? Il est permis d'en douter, et de faire une part à l'inobservance de certaines règles. Nous n'en avons pas rencontré un seul exemple; la marche du chloroforme n'a pas toujours été la même, cela est vrai; elle est plus ou moins rapide; mais nous avons pu suivre les degrés de l'anesthésie. Quand il nous est arrivé de franchir involontairement la limite de myotilité, toujours nous avons pu nous arrêter à temps pour rétrograder au plus vite, jusqu'à l'abolition du sentiment seul. D'une autre part, en admettant le fait comme possible, que prouve-t-il, sinon que c'est une raison de plus pour redoubler de prudence, en vue de cette éventualité? Dès lors, comment ne pas admettre qu'en ne demandant à l'anesthésie que l'abolition de

la sensibilité, tout juste pour préserver l'opéré de la douleur, on l'expose à moins de risques qu'en poussant l'inhalation plus loin pour atteindre la puissance musculaire et l'anéantir.

Arriver à ce degré, à la résolution générale, au collapsus, c'est, nous l'avons dit, et nous le répétons hautement, s'exposer au danger d'homicide. Car il n'y a plus de vie à trépas que l'épaisseur d'un cheveu, le nœud vital indiqué par l'illustre académicien précité.

Baudens,
Inspecteur général, membre du Conseil de santé des armées.

BIBLIOGRAPHIE.

De l'importance et du rôle de la chimie dans les sciences médicales ; Thèse de concours pour l'agrégation en chimie, soutenue à la Faculté de médecine de Paris par Louis Figuier, docteur en médecine, docteur ès-sciences, agrégé à l'Ecole de pharmacie de Paris.

A diverses époques de la science, la chimie tenta d'imposer ses lois à la médecine, et il faut convenir que bien souvent ces tentatives ne furent pas heureuses : si l'attaque fut violente, la réaction ne le fut pas moins. Dans cette lutte des médecins contre les chimistes, ces enfants du feu qui brûlèrent tout en médecine, jusqu'aux anciens livres (1), se distingua surtout Bordeu. Bien que la doctrine, assez mal liée du reste, de ce grand médecin du dix-huitième siècle, soit bien loin d'être la dernière expression de la science physiologique ou pathologique, je conseillerais à M. le docteur Figuier de méditer les ouvrages de cet homme célèbre. Là, il apprendrait peut-être à se pénétrer mieux qu'il n'a pu le faire jusqu'ici de la spontanéité de l'organisme. Si ce savant distingué a le loisir de se livrer quelque jour à cette étude, nous l'engageons à ne pas trop se choquer de quelques métaphores, qui jouent un grand rôle dans l'interprétation que Bordeu donne du fait fondamental de la vie, de ne pas s'arrêter trop, par exemple, à des expressions telles que celles-ci, le système nerveux, *polype*, *mœurs*, *génie* des organes, etc., etc. Toutes ces expressions sont des métaphores, langue peu sévère pour une science qui doit tous les jours s'efforcer de s'en affranchir ; mais, sous ces expressions figurées, il y a des faits, des faits incontestables, qui sont l'expression même de la spontanéité de l'organisme. Un médecin, non moins habile écrivain que Bordeu, mais moins bon observateur peut-être, M. Pidoux, a dernièrement re-

(1) Bordeu, œuvres compl., t. II, p. 817.

produit, sous une forme peu adoucie, les violentes attaques du médecin béarnais contre la belle science que cultive avec tant de succès M. Figuier. Que M. Figuier médite aussi les ouvrages de cet auteur : bien que là également, je le crains bien, le médecin distingué de l'hôpital de la Riboissière ait sacrifié beaucoup au génie métaphorique, à ce que l'on appelle avec quelque raison l'idolâtrie des mots, on ne peut nier cependant que M. Pidoux n'ait mis dans une vive lumière la spontanéité de l'organisme, c'est-à-dire le grand fait qui s'opposera éternellement à ce que la médecine soit absorbée par la chimie, et devienne un simple appendice de cette grande, de cette sublime science, qui embrasse la nature tout entière, à ce point qu'on pourrait dire que celle-ci n'est que la chimie en action. Nous demandons donc à M. Figuier la permission de le lui répéter : qu'il poursuive courageusement ses études spéciales, qui ont déjà éclairé quelques points obscurs de l'analyse chimique, mais qu'il se familiarise davantage avec l'étude de la vie, car, sans cette étude parallèle, il s'expose à faire fausse route.

Cette réserve faite, qui demanderait des développements que nous ne pouvons lui donner ici, que M. Figuier ne croie pas que nous soyons les adversaires des applications de la chimie à la médecine. Loin de là, nous attendons beaucoup, au contraire, des recherches à peine commencées de la chimie organique pour l'élucidation des fonctions de la vie normale et pathologique. Ne se passe-t-il pas, dans l'organisme, des phénomènes physiques et chimiques, en même temps que des phénomènes vitaux? comment dès lors la médecine n'emprunterait-elle pas les lumières des sciences collatérales pour expliquer ces phénomènes mêmes? Ils se passent, il est vrai, au sein de l'organisme vivant et dans un but prévu ; mais cela en change la destination, si je puis ainsi dire, mais non la nature. Toutefois, ce qui domine ici, c'est un fait de coordination, dans l'intérêt de l'unité vitale, dont la chimie ne peut connaître, et dont l'étude appartient tout entière à la médecine.

Nous n'étendrons pas plus loin ces remarques, et allons indiquer rapidement le cadre du sujet intéressant traité par M. le docteur Figuier. Cet habile chimiste s'adresse successivement à la physiologie, à la pathologie, à la thérapeutique, à l'hygiène et à la toxicologie, pour leur demander quels services leur ont été rendus par la science qui a fait l'objet de ses principales études. Ce cadre est très-simple, mais il suffit à embrasser une foule de questions pleines d'intérêt. Ce serait refaire la thèse du savant agrégé de l'Ecole de pharmacie, que de le suivre dans les nombreux développements auxquels donnent lieu ces questions ; nous ne toucherons qu'à deux de celles-ci, parce que

les solutions qu'en donne M. Figuier deviendront comme la morale de cette notice : *In medio stat virtus*. Pour l'auteur, la chaleur animale est un phénomène pur et simple de combustion. Cela est-il exact? nous ne craignons pas de le dire positivement : Non. Sans entrer dans les détails de la pathologie, qui nous prouveraient qu'il n'en est pas ainsi, rappelez-vous seulement l'expérience si intéressante qu'a faite, dans ces derniers temps, M. Cl. Bernard. Il suffit de pratiquer la section d'une branche cervicale du grand sympathique pour augmenter d'une manière notable la température des parties auxquelles cette branche se distribue. Ce fait n'empêche pas, sans doute, que la combustion, qui s'accomplit dans l'intimité des tissus, ne soit l'occasion d'un développement continu de chaleur, mais il prouve que ce phénomène, dans sa manifestation, ne relève pas uniquement d'une loi chimique. Un autre fait, que signale également M. Figuier, et qui, lui, est tout chimique, c'est que le protochlorure de mercure peut devenir, dans les mains de la Thérapeutique, un poison pour l'organisme. Il suffit, pour qu'il en soit ainsi, qu'il rencontre dans les organes un chlorure décomposable en certaine quantité ; il passe à l'état de sublimé. La conséquence de ce fait est grave, et M. Figuier la signale justement ; il pose ce principe que le calomel ne doit jamais entrer dans le thérapeutique appliquée aux marins. Nous ajouterons à cette remarque fort juste que ce n'est point là le seul cas où le médecin doit tenir compte de cette indication, qui lui est fournie par la chimie. Si, comme nous l'espérons, l'expérience ultérieure vient à confirmer les expériences de MM. Piorry, Villemin, etc., sur l'application du chlorure d'oxyde de sodium dans le traitement des fièvres intermittentes, l'emploi de ce sel deviendrait d'un usage fréquent, et le médecin ne devrait jamais oublier, dans ce cas, l'incompatibilité des deux substances dont il s'agit. — Nous le répétons, nous pourrions emprunter à cette excellente thèse beaucoup de remarques non moins intéressantes que celles qui précèdent, nous aimons mieux engager nos lecteurs à recourir à la brochure de M. Figuier elle-même, où ils pourront seulement s'édifier sur une foule de questions qui intéressent au plus haut degré la physiologie, la pathologie et la thérapeutique.

BULLETIN DES HOPITAUX.

Du traitement des déviations utérines par le pessaire Simpson. — Un mot sur les cas de mort à la suite de son emploi. — Si les déviations de l'utérus, dans l'immense majorité des cas, ne sont incom-

patibles avec un état de santé parfait, il n'est pas moins incontestable qu'elles constituent quelquefois une maladie réelle qui force les femmes à réclamer les secours de la médecine. Pour nous, qui nous plaçons toujours au point de vue de la maladie curable, nous n'avons pas hésité, lorsque nous avons résumé la discussion à l'Académie sur les déviations utérines, à opposer la pratique de M. Simpson aux assertions des orateurs qui avaient nié l'efficacité de l'intervention de l'art dans ces sortes de déplacements de l'utérus. Aux travaux de MM. Rigby, Protheroe Smith, Hensley, Safford Lee, Beatty, Joseph Bell et Oldham, qui étaient venus développer et soutenir les opinions de M. Simpson à cet égard, nous pouvions ajouter notre propre témoignage.

De tous les modes de traitement des déplacements de l'utérus, le plus ancien est, sans contredit, l'emploi du pessaire. On comprend que l'idée de ce moyen soit venue tout d'abord à l'esprit du premier médecin appelé à constater cette sorte de lésion ; le soulagement qu'il procura à la femme par le soulèvement de l'utérus dut lui suggérer la pensée de remplacer l'action du doigt par celle d'un corps étranger. Les ouvrages des auteurs les plus anciens contiennent, à cet égard, des documents précieux, que nous rappellerons dans un prochain article.

L'absence d'un moyen innocent et efficace de la contention de l'utérus prolabé est, à nos yeux, la cause principale des recherches modernes tendant à nous fournir des méthodes nouvelles du traitement des déplacements de l'utérus. Parmi les tentatives récentes, une de celles qui devaient être accueillies avec le plus de sympathie était le pessaire de M. Simpson. L'instrument proposé par le savant accoucheur d'Edimbourg venait, en effet, remplir les deux indications posées par la nature de la lésion. Tout en maintenant l'utérus soulevé, il triomphait du changement de forme que le corps de l'organe avait subi. De tous les réducteurs proposés jusqu'alors, le pessaire-redresseur était donc le plus parfait. Son efficacité ressortait d'une manière si évidente de son mode de construction, que je n'hésitai pas, lorsque, en 1848, on me montra, à Londres, un modèle de cet instrument, d'en faire l'acquisition et de le rapporter en France. Restait la question d'innocuité du séjour d'une tige rigide dans la cavité de l'utérus. Cet essai n'était plus à faire; aux observations nombreuses publiées par les chirurgiens anglais, nous pouvions ajouter celles de M. Velpeau. Ce savant professeur avait, en effet, tenté plus de vingt ans, avec M. Simpson, de redresser le corps de l'utérus infléchi, à l'aide de sondes, dans lesquelles on introduisait ensuite un mandrin. Si les tentatives de notre illustre confrère n'ont abouti à aucun résultat définitif, c'est que ses instruments étaient des *redresseurs intra-utérins* ; au lieu d'être des *pessaires-redresseurs*.

Toutefois, les faits observés par M. Velpeau attestaient que, dans le plus grand nombre des cas, on pouvait laisser à demeure, dans la cavité de l'utérus, une tige rigide, lisse et bien polie, sans crainte d'accidents sérieux.

Cependant quelques faits de métro-péritonites, survenues par l'action traumatique de la tige, montraient que la nouvelle méthode de traitement réclamait une grande surveillance de la part du chirurgien. Aussi, dans une note que nous avons lue à la Société de médecine, lors de notre retour, sur les ressources nouvelles que l'instrument de M. Simpson promettait pour le traitement des déplacements de l'utérus, nous limitions l'application du nouvel instrument aux cas d'inflexions utérines compliquées de la disparition de la fonction menstruelle. Un fait m'avait frappé dans les observations qui me furent communiquées en Angleterre, c'est que, sous l'influence de la présence de la tige d'ivoire qui termine le pessaire de M. Simpson, les règles, qui avaient disparu depuis des mois, revenaient immédiatement.

Un de nos collègues, M. Robert, qui assistait à cette lecture, ne tarda pas à nous offrir l'occasion d'expérimenter la nouvelle méthode. Voici le fait : Martin (Anna), lingère, âgée de vingt-huit ans, d'une constitution lymphatique, n'a jamais éprouvé d'autres accidents dans sa santé que ceux qui accompagnent la menstruation. A chaque époque, outre les épreintes et les coliques utérines, elle était en proie à des étouffements qui cèdaient dès qu'elle avait vomi. En mai 1846, elle devient enceinte; sa grossesse est pénible. Accouchement naturel en février 1847. Les suites de couches ne présentèrent rien de particulier. Dès le huitième jour elle est forcée de quitter le lit et de faire de longues courses. Le retour des règles a lieu au bout de six semaines ; la dysménorrhée a disparu. Malgré cette amélioration, des douleurs dans les régions lombo-sacrée et inguinales, qui s'étaient manifestées à la suite des courses forcées auxquelles elle avait été forcée de se livrer, augmentèrent et furent accompagnées d'une leucorrhée abondante. Après avoir employé sans succès les moyens ordinaires de traitement, les bains et les injections, son état ne s'amendant pas, elle entre à l'hôpital Beaujon, en août 1848. M. Robert constate, outre la rétroversion de l'utérus, une augmentation de volume du corps et du col de l'organe. Un écoulement séro-muqueux opalin, abondant, ayant son siége dans la cavité utérine, engage ce chirurgien à avoir recours aux cautérisations intra-utérines ; elles sont pratiquées avec le porte-caustique de Recamier. L'action topique du nitrate d'argent n'a pas seulement pour résultat de modifier la muqueuse, mais il amène encore le retrait de l'organe. Ce moyen est répété trois fois, à un mois de distance. Sous

l'influence de ces cautérisations, l'utérus diminue de volume, mais la situation de l'utérus reste la même, et cette femme ne peut rester levée sans souffrir. M. Robert se décide à avoir recours au pessaire Simpson.

Le 4 février, l'appareil est appliqué ; l'introduction en est fort difficile. Aucun accident ne survient. Le troisième jour les règles, qui étaient en retard depuis plus de trois mois, reparaissent. L'écoulement est un peu plus abondant, mais il ne dure pas plus que d'habitude. L'appareil est laissé en place six semaines ; pendant ce laps de temps, une seconde époque menstruelle a lieu; aucune douleur ne se manifestant, l'instrument est maintenu en place. Les six semaines écoulées, on retire le pessaire, afin de constater le résultat de ce mode de traitement ; la déviation avait complétement disparu, l'utérus avait repris sa situation normale. Mais peu à peu le déplacement se reproduisit et avec lui toutes les douleurs premières. L'innocuité de la présence de l'appareil avait été si complète, que la malade fit faire par M. Charrière un instrument semblable, pria M. Robert de le lui appliquer, et quitta l'hôpital. Pendant dix à douze jours, elle courut dans Paris avec ce pessaire ; cependant, l'instrument la gênant, elle vint prier M. Robert de le lui retirer. Toutes ses douleurs avaient disparu. Malgré toutes les recommandations que nous lui avions faites de revenir, cette femme ne s'est plus présentée à la consultation de l'hôpital Beaujon.

Si ce cas fait naître des doutes légitimes sur la solidité de la guérison, il n'en peut laisser quant à l'innocuité du moyen chez certaines femmes ; aussi ce résultat nous avait frappés. Restaient les difficultés de l'application de l'instrument ; elles étaient telles, que M. Robert nous engagea, si nous voulions faire entrer l'instrument dans la pratique, à modifier sa construction. J'allai trouver notre habile fabricant, M. Charrière, et, après avoir examiné ensemble les divers modèles d'instruments du même genre, il fût convenu qu'il me ferait un instrument semblable à celui de M. Simpson, dont la tige intra-utérine pourrait être baissée ou relevée à volonté. Sur ces entrefaites, une indisposition vint me contraindre à abandonner ces expérimentations. Plus tard, lorsque je pus reprendre ces tentatives de traitement des déviations utérines, j'appris que M. Valleix avait réalisé mes espérances. Rassuré désormais sur l'avenir de l'expérimentation de ce nouveau moyen, j'ai laissé à ce savant confrère le soin de mettre en lumière tout ce que son emploi devait fournir de ressources pour le traitement de ces lésions. Les articles intéressants publiés par M. Valleix dans ce journal nous permettent de ne pas insister sur les résultats de son expérimentation. Je ferai remarquer toutefois que pour M. Valleix l'instrument agit ex-

clusivement comme redresseur intra-utérin et nullement comme pessaire ; la preuve, c'est la substitution de nom qu'il a donné à l'instrument de M. Simpon, modification que je ne crois pas fondée.

Les articles de M. Valleix, les savantes leçons qu'il a professées depuis à l'hôpital de la Pitié, publiées par ses élèves, ont provoqué de toutes parts une expérimentation du redresseur intra-utérin, et M. Valleix doit prochainement communiquer à l'Académie le résultat de ces tentatives nombreuses, dues à des hommes haut placés dans la science, MM. Dieulafoy, à Toulouse; Broussonnet, à Montpellier; Maunoir, à Genève, etc. En attendant la discussion qui doit se produire, à l'Académie de médecine, au fait de M. Robert que nous avons rapporté plus haut, nous allons en ajouter trois autres, adressés à la Société de chirurgie par un praticien distingué de Genève, ancien élève des hôpitaux de Paris, M. Piachaux. Pour compléter notre rôle d'historien, nous devons dire auparavant que M. Robert, depuis cette époque, a tenté deux fois l'emploi du même appareil, mais plus avec la même innocuité. C'était également pour des cas de rétroversion. Dans le premier cas, la tige inra-utérine provoqua un écoulement de sang continuel, qui força ce chirurgien à retirer l'instrument le dixième jour. Dans le second, l'instrument, introduit avec une grande facilité, déterminait, au bout de quelques heures de séjour, des douleurs utérines très-vives, accompagnées de vomissements, qui cessaient dès que l'instrument était enlevé. Trois tentatives faites, à quelques jours d'intervalle, ayant donné lieu aux mêmes phénomènes, M. Robert a abandonné ses essais.

La question de la valeur thérapeutique des redresseurs intra-utérins étant à l'ordre du jour dans les Sociétés médicales, M. Piachaud a cru devoir adresser à la Société de chirurgie trois observations de cas de déviations utérines traitées avec succès par cet instrument. Voici comment l'auteur résume lui-même ses observations : « Chez mes trois malades, l'état était à peu près le même ; il consistait en une constipation plus ou moins opiniâtre, mais très-marquée chez les deux premières, puisque les matières étaient aplaties, fait que j'ai rencontré dans plusieurs autres cas et qui montre à quel point peut être grande la compression du rectum entre le fond de la matrice et la concavité du sacrum ; chez la troisième, la constipation était moins prononcée, parce que le rectum s'était placé sur le côté de la ligne médiane, de façon à échapper à cette compression. Toutes ont éprouvé des douleurs à la région sacrée et aux aines, toutes se sont plaintes de pesanteur périnéale ; c'est peut-être le symptôme qui se rencontre le plus souvent dans ce genre d'affection ; je ne l'ai, pour mon compte, jamais vu manquer. La période menstruelle est, en général, pénible dans ces cas de déviations;

notre première malade le montre d'une manière bien évidente. Des accidents nerveux généraux se sont développés chez la première et la troisième de nos malades; chez la première, ils ont acquis une intensité considérable. Toutes éprouvaient de la difficulté à marcher, la troisième surtout, à tel point que depuis plus d'une année elle n'avait pu quitter sa chambre. Après le traitement, tous ces accidents se sont dissipés, et nos malades ont pu reprendre leur vie habituelle.

« Chez les trois malades, la déviation avait lieu en arrière, c'est-à-dire le corps de la matrice se portant dans la cavité du sacrum; chez la première, c'était une *rétroversion*; chez les deux autres, des *rétroflexions*. Dans les trois cas, la déviation se réduisait aisément au moyen de la sonde, et le même moyen curatif a été mis en usage : ce moyen a été le pessaire intra-utérin modifié par M. Valleix.

« La durée de ce traitement offre des différences très-grandes suivant les cas, et il est à peu près impossible de dire quel sera approximativement le temps pendant lequel l'instrument devra rester appliqué. Nos trois observations montrent d'une manière frappante combien cette durée peut varier. Ainsi, la première malade atteinte de rétroversion n'a été traitée que d'une époque menstruelle à l'autre, c'est-à-dire pendant trois semaines seulement, et encore des accidents hémorrhagiques nous ont-ils forcé d'enlever l'instrument pendant plusieurs jours. Néanmoins, malgré un temps aussi court, le résultat a été des plus satisfaisants; le succès obtenu ne s'est pas démenti, et le fait date de plus d'une année maintenant. Je me hâte de dire, toutefois, que je le crois exceptionnel, et que dans l'immense majorité des cas le traitement exigera un temps plus long. Pour la seconde malade, le traitement a duré environ deux mois; pendant le second mois surtout, l'appareil a été très-bien supporté : la guérison a été complète et assurée par une cure d'eau froide à l'établissement de Divonne. Chez la troisième malade, la durée du traitement a été bien plus longue, car elle a été de cinq mois; mais si l'application de l'appareil a duré aussi longtemps, je dois faire remarquer que dès la fin du troisième mois la matrice conservait sa position normale, et que je n'ai continué à employer le pessaire que parce qu'il était très-bien supporté et afin de maintenir la position de l'utérus d'une manière encore plus solide.

« Il est bien évident que la tige intra-utérine forme la base du traitement des déviations, ou, pour mieux dire, leur traitement tout entier... »

Je n'ai pas à revenir sur ce que j'ai dit plus haut sur le mode d'action de l'instrument de M. Simpson. Cet instrument agit principalement

comme pessaire, c'est-à-dire en maintenant l'utérus soulevé. Ce n'est pas que je conteste à la tige qui le termine sa part d'intervention. La tige intra-utérine, par sa présence dans la cavité de l'organe, agit de deux manières, dans les cas de flexions accompagnées de dysménorrhées: en restituant à l'utérus son axe normal, puis en détruisant l'obstacle mécanique qui s'oppose à l'écoulement des règles. Les pertes qu'elle provoque souvent n'ont-elles pas aussi pour résultat, en décongestionnant l'organe, d'alléger son poids et de permettre alors aux ligaments suspenseurs affaiblis de maintenir l'utérus dans sa situation normale? Ce sont des questions délicates que l'observation ultérieure permettra seule de résoudre.

Un point nous reste à traiter avant d'aborder la question de la valeur du redresseur intra-utérin, c'est l'innocuité de son emploi.

Nous avons dit qu'en thérapeutique la parole est aux faits; mais l'expérimentation n'est permise qu'autant que la nouvelle méthode ne doit pas faire courir aux malades des dangers plus grands que ceux auxquels ils étaient exposés par les moyens de traitement habituellement employés. Examinons donc les faits qui se sont produits contre l'emploi du redressement de l'utérus, et voyons si les accidents, dans ces cas, ne pouvaient être évités, et s'ils sont de nature à faire rejeter le nouvel instrument de la pratique.

Un premier fait a été signalé par M. Broca; c'est un cas de mort, à la suite de trois tentatives de redressement d'un utérus affecté d'antéversion, à l'aide de la sonde maintenue en place cinq minutes chaque fois. Si l'on ne produisait à la charge de la nouvelle méthode que des faits semblables, on n'aurait pas à s'y arrêter, car on a vu des péritonites mortelles se produire à la suite de simples injections vaginales, et il n'est venu à l'idée d'aucun praticien de proscrire ces moyens de traitement des maladies de l'utérus.

Il n'en est pas de même des cas observés par M. Nélaton et Aran, auquel notre collègue fait allusion. La gravité du débat qui va s'engager m'a fait m'enquérir des circonstances de ces morts, qui incombent réellement à la méthode, et je dois à l'obligeance de ces confrères de pouvoir vous rapporter ces observations.

La malade de M. Nélaton était une dame d'environ vingt-huit ans, affectée de rétroversion de l'utérus; bien des moyens avaient été inutilement employés. Séduit par les succès obtenus par l'emploi du redresseur intra-utérin, M. Nélaton voulut en faire l'essai chez cette malade. L'introduction de l'instrument fut des plus faciles; sa tige, ainsi que M. Valleix le recommande, était plus courte de plus de 2 centimètres que la longueur de la cavité utérine. Cette application

eut lieu à trois heures de l'après-midi. Dans la soirée, M. Nélaton voit cette dame ; elle avait gardé le repos au lit et se trouvait bien. Le lendemain, à onze heures, il trouva sa malade levée ; elle était dans le ravissement, disant qu'elle ne s'était jamais sentie aussi bien soutenue, et autant à son aise. Elle était allée et venue toute la matinée dans son appartement.

M. Nélaton avait à peine quitté cette dame depuis une heure, qu'il est rappelé en toute hâte. Des accidents formidables venaient de se produire. A son arrivée, notre collègue constate tous les symptômes d'une péritonite suraiguë, semblable à celle qui survient à la suite des perforations intestinales. Malgré un traitement énergique, la malade succomba six semaines après, aux suites d'une péritonite chronique. L'autopsie ne fut pas pratiquée.

Quant au fait de la pratique de M. Valleix que M. Cruveilhier n'a pas craint de produire devant l'Académie de médecine, j'attendrai pour le discuter que notre confrère nous ait éclairés sur les diverses phases du traitement. Nous ne suivrons pas l'honorable professeur dans la voie qu'il vient d'ouvrir : la science a ses exigences légitimes, nous sommes des premiers à le proclamer ; mais elle ne va pas jusqu'à accuser la pratique d'un médecin sur les assertions d'un confrère, alors qu'on peut se renseigner, près de l'auteur, des circonstances du traitement. Depuis que nous avons rapporté ces faits à la Société de chirurgie, M. Valleix a protesté, au sein de l'Académie de médecine, contre le récit qui avait été fait à M. Cruveilher des antécédents de la malade.

Il me reste à rendre compte du cas de mort survenu à l'hôpital de la Pitié, dans le service de M. Aran. Voici le fait :

La femme Mondet, domestique, âgée de vingt-sept ans, entre, le 6 décembre 1852, à la salle Saint-Rosaire, n° 23. Elle est affectée d'un déplacement en arrière du corps de l'utérus, survenu, très-probablement à la suite d'une chute sur le siége. Depuis cette époque, elle éprouva des tiraillements et des élancements dans le bas-ventre, qui allaient toujours en augmentant. Traitée sans succès par divers moyens, on croit reconnaître une *antéflexion*, avec direction toute particulière du col de l'utérus en avant, par suite d'une disposition congénitale. La sonde utérine fut introduite plusieurs fois sans accident ; elle pénétrait librement et semblait suivre sa direction normale. Le 8 décembre, le redresseur intra-utérin est appliqué pour la première fois. Une seconde application a lieu le 10, la malade n'ayant pu le garder que 24 heures ; cette fois sa présence est tolérée huit jours ; mais il était déplacé au moment où on le retira. Nouvelle et dernière

application le 29 ; une douleur assez vive se manifeste. Néanmoins, comme le ventre est peu douloureux à la pression, la malade garde l'instrument jusqu'au 3 janvier. Ce jour-là, vers les trois heures de l'après-midi, des symptômes très-tranchés de métro-péritonite forcent l'interne à retirer le redresseur. Malgré un traitement énergique, les symptômes augmentent, et la femme succombe le 6 janvier, dans la soirée.

L'autopsie montre, contre toute attente, les pièces étant en place, le corps de l'utérus en *rétroflexion*, tandis que le col est dirigé en avant et en haut. On constate les caractères anatomiques de la péritonite : du pus remplit la cavité de l'utérus et pénètre dans les trompes, qui en sont pleines ; pas d'inflammation du tissu utérin, et surtout pas de suppuration. La tige intra-utérine dépassait de 3 à 4 centimètres l'orifice utérin proprement dit, et au niveau de son extrémité on le voyait s'engager dans une ulcération oblique, qui s'accompagnait du décollement de la membrane interne, mais sans perforation.

Cette observation est fort intéressante, en ce qu'elle nous présente un exemple de déviation en arrière de l'utérus sans abaissement. C'est une sorte de luxation de l'organe, et M. Aran croit que ce genre de déplacement en arrière, dans lequel, le col étant dirigé en avant et en haut, le corps présente sur son axe une mobilité semblable à celle des bras d'une balance folle, n'a pas encore été décrit. Cette mobilité de l'utérus explique comment le cathétérisme utérin peut induire en erreur, dans ces cas, en faisant croire à une direction qui n'existe pas. Erreur facilitée d'ailleurs par l'angle que présente la partie antérieure du col, et qui fait croire à une antéflexion. Comme notre confrère se propose de faire un travail spécial sur ce genre particulier de déplacement, nous ne nous y arrêterons pas.

L'appareil, dans le cas de M. Aran, a été introduit conformément aux règles tracées ; mais quelque longueur qu'on eût donnée à la tige, on n'eût pas évité le résultat funeste qui a suivi cette tentative, la position horizontale de l'utérus ayant pour résultat de faire peser la paroi antérieure du corps de cet organe sur l'extrémité de la tige et de produire, par conséquent, son ulcération.

Ces faits malheureux, en quelque petit nombre qu'ils soient relativement à ceux dans lesquels le succès a couronné l'emploi du redresseur utérin, ne permettent plus, à nos yeux, d'accepter la nouvelle méthode comme traitement ordinaire des déviations utérines, ainsi que nous en avions conçu l'espérance il y a quelques années. Cependant il faut bien se garder de rejeter le nouvel instrument de la pratique. Il est des cas dans lesquels le pessaire Simpson, si ingénieusement modifié

par M. Valleix, est le seul mode de traitement capable de triompher des déviations utérines. Il nous resterait maintenant à discuter, ou mieux à mettre en relief, les modifications apportées par M. Valleix au traitement de ces sortes de lésions ; c'est-à-dire l'emploi du pessaire en caoutchouc vulcanisé, combiné avec le redressement par la sonde utérine. Nous le ferons dans un de nos prochains numéros, en publiant un fragment du rapport que nous sommes chargés de présenter à la Société de chirurgie sur ce nouvel appareil.

RÉPERTOIRE MÉDICAL.

COLIQUE DE CUIVRE (*Bons effets de l'emploi interne et externe du chloroforme associé à l'éther sulfurique dans la*). Nous avons été des premiers à signaler les effets remarquables que l'on peut obtenir de l'emploi *intùs* et *extrà* du chloroforme dans le traitement de la colique de plomb, en insérant, il y a quelques années, le mémoire de notre collaborateur, M. Aran, sur ce sujet. Nous savons que des faits nouveaux et assez nombreux sont venus le confirmer dans l'emploi de ce traitement, qu'il a substitué partout aux traitements recommandés contre les coliques saturnines, même au traitement de la Charité. Le fait suivant est très-intéressant, parce qu'il montre les avantages de l'emploi des anesthésiques dans la colique de cuivre; seulement nous sommes loin de penser que l'association de l'éther sulfurique au chloroforme ajoute quelque chose à l'activité du traitement, comme le croit M. Escolar.

Un homme de vingt-huit ans, garçon de pharmacie à l'hôpital de Madrid, d'une santé habituellement bonne, entra dans une des salles de cet hôpital. Depuis quelques jours, disait-il, il avait de la faiblesse dans les membres inférieurs, et la face exprimait un certain degré d'altération de la santé. Depuis quelques jours également, il avait des maux de tête la nuit, un mauvais goût à la bouche le matin en se levant, et le soir, pendant que ses digestions se faisaient, toujours un peu lentes, il éprouvait des douleurs plus ou moins vives dans le ventre. Neanmoins il continua ses occupations, qui consistaient à pulvériser des médicaments, et il avait pulvérisé, ces mêmes jours, une assez grande quantité d'acétate de cuivre cébasique (verdet), ce qui avait beaucoup augmenté les accidents et déterminé même quelques envies de vomir.

A la vérité, le lendemain, M. Escolar le trouva dans l'état suivant : décubitus sur le dos, avec les jambes demi-fléchies; coloration légèrement ictérique de la conjonctive; langue jaunâtre à son centre, blanche sur les bords; abdomen tuméfié et ballonné à l'ombilic et dans les fosses iliaques, tellement douloureux que le malade ne pouvait supporter la moindre pression; pas de trouble de la respiration ni de la circulation; un peu de chaleur à la peau et le ventre surtout brûlant à la main; nausées et vomissements de matières visqueuses et verdâtres; tortillement dans le ventre, borborygmes et évacuations alvines peu abondantes, fatigant extrêmement le malade non-seulement par leur fréquence, mais surtout par le ténesme, par la sensation de brûlure qu'elles laissaient à l'extrémité du rectum. (Décoction de riz, julep diacode, cataplasme émollient.) La nuit fut mauvaise; il y eut de l'agitation et de légères crampes dans les mollets; les autres phénomènes continuaient. M. Escolar prescrivit de l'eau albumineuse (4 blancs d'œuf pour 1 kilogramme d'eau), en y faisant ajouter 60 grammes de solution de gomme, des cataplasmes sur le ventre trois fois par jour, avec addition de 1 gramme 1/4 de teinture thebaïque. Mais le malade n'allant pas mieux, ce traitement fut remplacé par le liniment suivant :

PR. Chloroforme et éther sulfurique, de chaque............ 4 gramm.
Huile d'amandes douces. 30 gramm.

Pour frictions sur le ventre, trois fois par jour. En outre, M. Escolar lui prescrivit la potion suivante, à prendre par cuillerée, toutes les trois heures :

Pr. Chloroformo et éther sulfurique, de chaque........ 0.60 gr.
Eau de mélisse........ 90 gr.
Solution de gomme et d'écorce d'orange ... 15 gr.

Le lendemain, cinquième jour de la maladie, le malade éprouvait déjà du soulagement; les crampes avaient diminué d'intensité et de fréquence à la quatrième onction, et les douleurs abdominales s'étaient éloignées de plus en plus, ainsi que les vomissements et les évacuations alvines. Les jours suivants, le groupe de symptômes morbides alla en disparaissant, au point que le seizième jour le rétablissement était complet. (*El siglo medico*, janvier.)

FISTULE URINAIRE *traitée avec succès par l'avivement des bords de la plaie antérieure et la suture entortillée.* On comprend que nous ne venons pas recommander comme une pratique générale, le procédé qui a été mis en usage par M. Gay, dans le cas particulier que nous allons relater. En effet, que pourrait-on attendre de cette opération lorsque l'urine coule encore très-abondamment par la fistule? Certainement, la cicatrisation n'aurait pas lieu, et, se fit-elle, un petit abcès ne tarderait pas à se former soit au niveau de la cicatrice, soit un peu plus loin, reproduisant exactement la fistule primitive. Mais il n'en est plus de même lorsque l'ouverture intérieure de la fistule étant cicatrisée ou du moins sur le point de l'être, l'ouverture externe persiste. Le trajet est réduit à presque rien, et cependant la sécrétion ne se tarit pas complétement, l'ouverture externe persiste et résiste aux moyens les plus rationnels. C'est ce que nous avons vu souvent pour les fistules stercorales, par exemple, pour celles surtout qui persistent après la guérison des anus contre nature. Il faut souvent une très-grande patience, une très-grande obstination même, pour obtenir l'occlusion de ce pertuis capillaire qui fournit à peine une goutte de liquide puriforme de temps en temps. Les cautérisations de tout genre échouent très-fréquemment, et nous avons vu Blandin en venir à l'autoplastie pour obtenir la guérison d'un de ces petits trajets fistuleux. Le procédé suivi par M. Gay pourrait certainement être employé avec quelque chance de succès, dans les cas de ce genre; mais on va voir qu'il a réussi dans un cas bien autrement défavorable.

Un homme de cinquante ans, assez robuste, mais au teint pâle et aux traits un peu altérés, entra le 10 mai dans le service de M. Gay pour se faire traiter d'une fistule au périnée, qui avait succédé à un abcès urineux, par suite d'un rétrécissement de l'urètre. La fistule était ancienne, et l'urine coulait en quantité par la plaie. Comme la santé générale était mauvaise, M. Gay chercha à la rétablir par des moyens appropriés, en même temps qu'il dilatait le canal avec des cathéters métalliques et qu'il faisait des injections acides dans la vessie, afin d'en modifier l'état morbide. Sous l'influence de ces moyens, une amélioration survint: les urines devinrent plus normales, l'irritabilité de la vessie diminua, la santé générale se fit de plus en plus satisfaisante. Il passait cependant toujours beaucoup d'urine par la fistule. M. Gay eut recours à l'opération suivante: le malade ayant été préalablement endormi avec le chloroforme, et placé dans la position que réclame la taille, les bords de la fistule furent avivés et l'incision fut prolongée un peu en avant et un peu en arrière de celle-ci ; puis, par une dissection soignée, les parties superficielles furent détachées des parties profondes. Ensuite, M. Gay pratiqua de chaque côté et à une petite distance de la plaie, une incision destinée à obtenir le relâchement des bords de celle-ci. Enfin, trois aiguilles furent passées profondément et transversalement à travers ces bords, sur lesquels on pratiqua la suture entortillée, et une sonde de gomme élastique fut fixée dans le canal de l'urètre, de manière cependant à ce qu'elle ne dépassât pas beaucoup le col de la vessie. Le malade fut tenu dans le repos le plus complet. La cicatrisation marcha de la manière la plus satisfaisante, et lorsqu'on retira les aiguilles, la réunion était parfaite, sauf dans un seul point par lequel il ne s'échappait pas d'urine. Cette petite ouverture s'est fermée à son tour, et six semaines après son entrée, ce malade quittait l'hôpital en parfaite santé; l'urine passait tout entière par le canal. Il a été revu trois mois

après; il souffrait toujours de sa cystite chronique, mais la cicatrice du périnée ne s'était pas déchirée. (*The Lancet.*)

HUILE DE FOIE DE MORUE (*Expériences relatives à l'influence de l'*) *sur l'engraissement des animaux.* De toutes les explications proposées pour rendre compte des effets thérapeutiques de l'huile de foie de morue, celle qui considère ce médicament comme activant la nutrition et concourant à l'engraissement de l'individu est celle qui a réuni le plus de suffrages. Il faut avouer cependant que l'on manquait de preuves bien positives à cet égard : on n'avait pas encore déterminé d'une manière précise et authentique si, dans l'état normal, l'administration de l'huile de foie de morue a pour résultat d'augmenter le dépôt de la graisse, et, en second lieu, on n'avait pas montré dans quelles limites cette action se manifeste, et, par suite, on n'avait pas précisé la quantité de cette huile, qui est assimilée en graisse normale, et au delà de laquelle il peut survenir un état morbide.

Voyageant, il y a deux ans, dans le comté d'Essex, un médecin anglais distingué, M. Pollock, eut l'idée de proposer à un éleveur de hétall, son ami, de faire usage de l'huile de foie de morue, pour activer l'engraissement, en lui faisant entrevoir une grande économie dans le prix de l'engraissement. Ces expériences ont été faites sur 20 cochons, 80 moutons et 10 veaux, avec des conditions qui ne peuvent laisser de doute sur le résultat. Ainsi cet éleveur divisait ses animaux par lots, qu'il nourrissait de même, mais en donnant à l'un des lots une certaine quantité d'huile de foie de morue. Les cochons avaient 2 onces d'huile par jour, et autant d'aliments qu'ils le désiraient ; les moutons 1 once, et les veaux de 1/4 à 3/4 de pinte par jour.

Les cochons traités de cette manière mangeaient moins que les autres, engraissaient beaucoup plus, et furent bien mieux vendus sur le marché de Londres, la chair étant solide et ferme. La dose préférable pour l'engraissement est d'une once par jour, pour les petits cochons. Il n'y a aucun avantage à l'augmenter trop fortement; à 1/4 de pinte par jour, la graisse prend une couleur jaunâtre et un goût de poisson. Cet éleveur n'a pas remarqué, du reste, que les cochons affectés de maladies du poumon fussent guéris par l'emploi de cette huile; mais, donnée à petite dose, elle était utile, en facilitant l'engraissement de l'animal par une quantité moindre d'aliments.

Pour les moutons, les résultats ont été plus satisfaisants encore. A 1 once d'huile par jour, la graisse était remarquablement blanche et la chair légère et d'une digestion facile. Cette dernière circonstance était assez curieuse, et les bouchers se plaignirent que les animaux n'avaient pas donné un poids comparable à celui qu'eût pu faire supposer leur belle apparence.

Pour les veaux, même résultat : avec une dose d'huile croissante, de 1/4 à 3/4 de pinte, ces animaux avaient acquis un développement et un embonpoint qui les fit vendre plus cher que ceux du même troupeau qui n'avaient pas été soumis à ce régime. De l'avis de tous, ces animaux étaient magnifiques pour la petite quantité d'aliments qu'ils avaient consommés. Quant à la manière de faire prendre l'huile aux animaux : pour les veaux, on la mélangerait avec le son et la paille hachée ; pour les cochons, avec leurs aliments secs, et pour les moutons on trempait les fèves cassées dans l'huile.

Il résulte donc de ces expériences, ainsi que le fait remarquer M. Pollock, que pour les cochons, les moutons et les veaux, on obtient un engraissement plus considérable avec une quantité d'aliments moindre, lorsqu'on fait usage d'huile de foie de morue; et, en second lieu, que chez tous les animaux, il a paru y avoir une limite tranchée, après laquelle la digestion de l'herbe ne se fait plus, quantité qui est de 2 onces pour les cochons, d'une once pour les moutons, de 4 onces pour les veaux. A cette dose, les cochons et les veaux furent vendus très-avantageusement; mais lorsque, par voie d'expérimentation, la dose a été portée au delà, il y a eu trouble de la digestion, et la graisse a pris une couleur jaune et un goût de poisson. — Concluons de ces expériences que, chez l'homme, l'huile de foie de morue ne doit pas être donnée à une quantité trop forte pour ne pas troubler la digestion, et que très-pro-

bablement dans les cas dans lesquels cette huile réussit si avantageusement, c'est bien plus par ses effets sur l'ensemble de l'économie que par son action sur telle ou telle manifestation locale. (*The Lancet*, novembre 1853.)

INFECTION PURULENTE (*Accidents intermittents simulant l'*); *guérison par le sulfate de quinine à haute dose.* Nous avons inséré, dans ces derniers temps, un important travail de M. le professeur Bouisson, de Montpellier, tendant à montrer la possibilité de la production d'hémorrhagies périodiques à la suite des opérations chirurgicales, et les bons résultats que l'on peut obtenir, dans les cas de ce genre, de l'administration des préparations de quinquina. La question soulevée par le savant professeur de Montpellier a d'autant plus d'importance que l'on est généralement peu disposé à ranger les hémorrhagies parmi les phénomènes véritablement périodiques; mais ce qui résulte bien évidemment de ce travail, c'est qu'à la suite des opérations chirurgicales, et probablement par le fait de la perturbation générale qui en est la conséquence, des phénomènes très-nettement périodiques peuvent se produire et indiquer l'emploi des préparations de quinquina.

Un fait publié par M. le professeur Borelli, de Turin, vient à l'appui de ce qui précède. Il s'agit, en effet, d'accidents intermittents simulant l'infection purulente, et cédant au sulfate de quinine à haute dose. Ce chirurgien avait opéré, le 19 mars dernier, une femme de soixante ans pour une hernie crurale étranglée du côté droit. Cette opération n'avait rien présenté de particulier, et l'anse intestinale avait été réduite après un débridement multiple; l'épiploon seul, qui était dans un état très-marqué de congestion veineuse et d'induration, voisin de la gangrène, avait été excisé dans l'étendue d'un couple de pouces et réduit à la suite. La plaie extérieure avait été fermée par quelques points de suture entortillée. Comme la malade présentait des signes très-marqués d'irritation gastro-intestinale, un traitement antiphlogistique très-énergique fut mis en usage. Six saignées furent appliquées dans les trois premiers jours, cataplasmes sur l'abdomen, glace à l'intérieur. Les phénomènes d'étranglement avaient disparu; le hoquet avait cessé après le deuxième jour, le ventre avait recouvré sa liberté, grâce à l'administration de hautes doses d'huile d'olive et de lin, tous les phénomènes inflammatoires locaux et généraux étaient calmés, lorsque le 25 mars, septième jour de l'opération, il y eut un peu d'exacerbation vers le soir, et les bords de la plaie étant un peu rouges et douloureux, une septième saignée générale fut pratiquée. Survinrent, à partir de ce moment, des paroxysmes irréguliers de fièvre, précédés de frissons, qui semblaient exaspérer les phénomènes abdominaux. On revint à deux nouvelles saignées et à une application de sangsues à l'anus, mais les exacerbations paroxystiques, loin d'être suspendues, se répétèrent plus marquées le neuvième jour.

Appelé de nouveau auprès de la malade, le dixième jour, M. Borelli fut frappé de ces accès précédés de frissons, et les rapprochant de la fréquence, de la petitesse et de la dépressibilité du pouls, de l'anxiété de la respiration, de l'altération des traits et de la teinte jaunâtre de la face, de l'accablement profond de cette femme, enfin de la pâleur des bords de la plaie et du peu d'abondance de la suppuration, il pensa à une infection purulente et administra le bisulfate de quinine à la dose d'un grammo dans les vingt-quatre heures; il y joignit l'emploi d'un vin généreux et d'une bonne alimentation. Six jours ne s'étaient pas écoulés, depuis l'administration du bisulfate de quinine, que les exacerbations fébriles devenaient plus courtes et plus rares, le pouls se relevait, la suppuration devenait plus abondante; mais, le 8 avril, une nouvelle exacerbation fébrile, précédée de frissons plus intenses que précédemment, et suivie de chaleur et de sueurs abondantes, marquait le développement d'une éruption ortiée générale, qui se prolongea pendant deux jours. Cette fois, la fièvre tombée, les forces revinrent, l'appétit reparut, la plaie commença à donner du pus de bonne nature, toutes les fonctions se régularisèrent, et la malade entra en convalescence. Celle ci fut assez longue, comme on peut le comprendre, après un traitement antiphlogistique aussi énergique; mais le rétablissement était complet après cinquante jours. (*Gaz. med. Sarda*, janvier 1854.)

NÉVRALGIE SCIATIQUE (*Emploi des purgatifs dans le traitement de la*). On ne saurait douter que la névralgie sciatique, comme les autres névralgies, ne reconnaît pas en toute circonstance une seule et même cause. On comprend, par conséquent, que l'on réussisse, suivant les conditions particulières de la maladie, tantôt avec un moyen, tantôt avec un autre. Ainsi, il n'est pas douteux, par exemple, qu'un certain nombre de névralgies sciatiques sont dues à une irritation du nerf produite dans le bassin, soit par une surcharge intestinale, soit par toute autre cause ; ces névralgies, qui ont leur siége le plus ordinaire dans le membre inférieur droit, résistent obstinément à l'emploi du colchique, du calomel, de l'opium, des révulsifs et de la morphine, etc. Eh bien ! M. Hancock s'est assuré que cette espèce particulière de sciatique cède en peu de temps à l'emploi des pilules suivantes :

Pr. Huile de croton........ 1 goutte.
Pilules bleues et extrait de jusquiame, de chaque.................. 0,20
Extrait de coloquinte composé.. 0,40

pour 4 pilules ; deux le soir en se couchant et les deux autres également le soir, quarante-huit heures après les deux premières. Ces pilules produisent d'abondantes évacuations alvines, composées principalement de scybales, et, à la suite, il y a un soulagement marqué, que l'on consolide par l'administration de la quinine à l'intérieur. (*Association med. Journal*, mars.)

OBSTRUCTION INTESTINALE (*Emploi du galvanisme contre l'*) ; *guérison*. Malgré ce que le fait suivant renferme d'incomplet au point de vue du diagnostic, et malgré la manière peu régulière et peu rationnelle avec laquelle l'électricité a été appliquée, ce fait reste avec une véritable importance, puisqu'il montre la possibilité de faire servir l'électricité à la guérison des obstructions intestinales.

Un homme de soixante-quatorze ans, sujet depuis une époque avancée de la vie, à une constipation qui augmentait toujours en intensité, au point qu'il n'allait quelquefois à la garderobe que tous les mois, entra à l'hôpital pour une constipation bien plus ancienne, puisqu'elle remontait à sept semaines. Le ventre était énormément distendu, et la distension, portait sur les régions iliaques principalement, qui débordaient la crête iliaque ; il existait d'autres tumeurs irrégulières dans le ventre et principalement sur le trajet du côlon ; son mat dans certains points, tympanique dans d'autres. Après un lavement de térébenthine, qui amena une évacuation copieuse, composée principalement de scybales très-dures, une dose de jalap et de calomel produisit beaucoup d'effet et fut renouvelée le lendemain. Le troisième jour, le développement du ventre était aussi considérable, quoique tout à fait uniforme et accompagné d'un son clair à la percussion. Une émulsion de 8 grammes de térébenthine et 24 grammes d'huile de ricin produisit deux garderobes seulement, et le ventre resta dans le même état.

Supposant que cette constipation tenait à une faiblesse de la tunique musculeuse de l'intestin et spécialement du cæcum et du colon ascendant, M. Christison songea à essayer le galvanisme, qui fut employé de deux façons, en dirigeant le courant de la bouche vers l'anus ou en le faisant traverser le ventre en différentes directions. Le courant fut dirigé d'avant en arrière et de droite à gauche. Une heure après, le malade eut une abondante évacuation, trois heures après une deuxième, et le lendemain matin une troisième. Des gaz s'échappèrent en même temps en quantité, et l'abdomen tomba d'une façon très-prononcée, mais pas encore complète, surtout au niveau des fosses iliaques. La douleur causée par l'action du galvanisme fut si grande, que le malade demanda à avoir un jour de repos, déclarant qu'il préférait recevoir un coup de fusil que de se soumettre une deuxième fois à l'action du galvanisme. Cependant le même moyen fut appliqué plus doucement et répété deux matins de suite. Il y eut chaque jour une et quelquefois deux selles : l'abdomen reprit alors son volume et sa forme ordinaires. Depuis, le malade a été chaque matin naturellement à la garderobe, sans le secours d'un purgatif ou du galvanisme. (*Monthly journal.*)

SCILLE (*Action physiologique et thérapeutique des préparations de*).

La Faculté de médecine de Paris avait mis au concours cette question pour l'année 1852, et a couronné le mémoire de M. le docteur Chateau, que nous avons sous les yeux. Les préparations qui ont été expérimentées par ce médecin sont la poudre de scille, le vin et l'oxymel scillitiques ; seulement, pour ne pas altérer les résultats, ce médecin a jugé convenable de retrancher du vin scillitique les 3 grammes de laudanum qui entrent dans sa composition.

Après avoir vérifié sur les animaux les effets toxiques de la poudre de scille à dose même assez faible, de 2 grammes par exemple, effets qui ne permettent pas de mettre en doute, suivant lui, l'action directe hyposthénisante de cet agent thérapeutique sur le système ganglionnaire et cérébro-spinal, se traduisant d'abord par les hypersécrétions urinaires et intestinales, et certainement ensuite par la paralysie et la mort, si on exagère les doses du médicament, M. Chateau arrive aux faits cliniques, malheureusement assez peu nombreux, puisqu'il n'en compte que dix-sept.

Or, si nous recherchons quels ont été les effets physiologiques dans les cas précédents, nous voyons que sept fois il y a eu une action diurétique et purgative, deux fois une action seulement diurétique, deux fois une action seulement purgative, quatre fois une action expectorante, une fois une action diurétique et expectorante ; une fois, enfin, l'effet a été nul. Quant aux résultats thérapeutiques, M. Chateau a remarqué, à la suite de l'administration de la scille, chez deux emphysémateux, un effet expectorant assez marqué. Trois cas d'albuminurie traités ainsi n'ont pas été modifiés sensiblement, et l'un d'eux seulement a présenté une augmentation dans la quantité de l'urine. Sur deux cas d'ascite, il en est un qui, à la suite d'un effet laxatif et diurétique, tour à tour accompagné de coliques excessivement violentes, a été guéri en moins de deux mois. Dans deux cas de kyste de l'ovaire, la scille, sans retarder la ponction, a cependant diminué la quantité du liquide par son effet diurétique très-marqué. La scille s'est montrée également un diurétique très-énergique dans deux cas de pleurésie et dans un cas de pneumonie. Dans un second cas de pneumonie, il y a eu seulement des effets d'expectoration, ainsi que chez deux phthisiques. L'effet a été peu marqué et peu favorable dans le rhumatisme.

De toutes ces recherches, M. Chateau conclut que la scille peut être employée, à titre d'expectorant, dans l'asthme et l'emphysème pulmonaire ; dans la pneumonie, surtout au début, enfin dans la phthisie, alors que la sputation est devenue difficile, et à titre de diurétique dans les hydropisies, surtout les essentielles. Seulement, dans le premier cas, l'auteur pense que c'est à l'oxymel qu'il faut avoir recours, tandis que, dans les hydropisies, c'est la poudre à faible dose, longtemps prolongée, et suspendue de temps en temps (rarement plus de 35 à 40 centigrammes), dont il faut faire choix. — On voit que ces résultats ne changent rien à ce que l'on savait déjà de l'action de la scille, sauf ce qui regarde les précautions à prendre dans l'emploi d'un médicament aussi énergique. (*Arch. gén. de médecine.*)

SUCRE DE LAIT (*Emploi du*) *comme aliment dans la consomption et autres maladies de poitrine.* La question de l'alimentation à employer dans telle ou telle maladie est certainement une des plus graves de la thérapeutique, mais aussi une de celles qui ont été le plus éclairées par les recherches modernes. Ceux qui sont familiers avec les recherches de Liébig savent que ce chimiste distingué a ramené toutes les substances alimentaires à l'une des deux classes suivantes : les aliments azotés ou plastiques qui forment les tissus du corps et qui remplacent les matériaux détruits, et les aliments non azotés ou combustibles, qui fournissent aux poumons une ressource destinée à la respiration et à la production de la chaleur animale. On sait que dans cette dernière classe se rangent la fécule, la graisse ou l'huile, le sucre et les liqueurs alcooliques. Partant de cette idée que la combustion pulmonaire doit être plus ou moins troublée dans toutes les maladies des organes respiratoires, et réfléchissant aux effets avantageux de l'huile de foie de morue administrée dans les cas de ce genre, M. J. Turnbull a été conduit à se demander s'il n'y aurait pas intérêt à administrer alors à l'intérieur une de ces substances non azotées qui aurait la plus grande tendance à se combiner

facilement avec l'oxygène absorbé par les poumons. Le sucre de lait lui a paru susceptible de remplir le but. Ce sucre entre en effet, pour une grande proportion, dans la composition du lait d'ânesse, si généralement recommandé pour les maladies de consomption, et principalement dans la phthisie pulmonaire. Le sucre de lait entre aussi dans la composition du miel, recommandé dans les mêmes circonstances. Le sucre de lait a d'ailleurs une grande avidité pour l'oxygène; il pénètre facilement dans le torrent circulatoire, et, par sa composition, il est susceptible d'être converti facilement en eau et acide carbonique. M. Turnbull termine en disant qu'il a employé le sucre de lait dans le traitement de la consomption avec un véritable succès, et que, comme aliment, il peut le recommander à l'attention des médecins dans les cas de ce genre. Seulement, M. Turnbull n'apporte aucun fait précis à l'appui, et nous en sommes réduit, pour un fait aussi grave, à une simple assertion. Nous croyons cependant que cette administration, n'étant et ne pouvant être suivie d'aucun inconvénient, mériterait d'être reprise et suivie avec quelque soin par les médecins de nos hôpitaux. (*Association med. journal*, 1853.)

TÉTANOS *idiopathique traité avec succès par l'eau froide.* Le fait suivant mérite d'être connu, parce qu'il semble offrir une ressource de plus dans le traitement d'une maladie qui déjoue trop souvent les effets les plus rationnels de la thérapeutique. Un jeune garçon de huit ans, s'étant exposé à un courant d'eau fraîche, pendant qu'il était en sueur, éprouva le jour même de légers frissons et du malaise; le lendemain, il y avait de la rigidité de la région cervicale supérieure, de la difficulté à ouvrir la bouche; bientôt survinrent des convulsions, les symptômes de contracture s'accrurent. Un médecin qui fut appelé ordonna des ventouses le long de la colonne vertébrale, le calomel à haute dose à l'intérieur; mais comme depuis huit jours l'état du malade allait s'aggravant, il fut transporté à l'hospice de la Charité, dans l'état suivant : rigidité des muscles de la face, qui est jaunâtre, ridée et offre l'apparence de la vieillesse; mâchoires serrées; muscles temporaux et masséter fortement contractés. Le calomel avait déterminé du ptyalisme, les boissons étaient avalées avec difficulté, et pendant l'intervalle des contractions seulement; tête rejetée en arrière; douleur à la pression des vertèbres, surtout des trois premières; membres supérieurs seuls libres, membres inférieurs ne pouvant être fléchis; l'enfant est soulevé d'une seule pièce quand on veut le soutenir; constipation; du reste, rien de particulier, l'intelligence est conservée, peu de douleur et seulement quand on touche les parties contractées. Après avoir employé pendant deux jours les bains de lessive, le tartre stibié, la cautérisation transcurrente le long de la colonne vertébrale, M. Ebert fit envelopper le malade dans un drap trempé dans l'eau froide et fortement exprimé, en le laissant ainsi jusqu'à l'apparition de la transpiration; la même manœuvre était employée toutes les trois heures. En même temps, deux fois par jour, on faisait des lotions sur la colonne vertébrale avec un linge mouillé. Après deux jours de ce traitement, il survint de l'amélioration, qui alla en croissant, et six semaines après, l'enfant quittait l'hôpital, complétement guéri. Peut-être pourrait-on se demander cependant si c'est bien à l'influence de l'eau froide, et non pas à l'évolution naturelle de la maladie qu'il faudrait faire honneur de la guérison. Ne sait-on pas, en effet, que lorsque la mort doit avoir lieu, la durée de la maladie ne dépasse pas dix jours? Il est donc bien difficile de se prononcer relativement à l'influence réelle de l'eau froide; mais ce qu'on peut au moins conclure, c'est que l'état du petit malade n'en a pas été aggravé. (*Annalen des Charite-Krankehauses*, Berlin.)

ULCÈRES PHAGEDENIQUES (*Emploi topique du chloroforme contre les*). Il suffit de se rappeler quelle résistance offrent souvent les ulcérations phagédéniques à nos moyens thérapeutiques les plus rationnels et les plus estimés, pour comprendre l'importance de l'application que M. Hancock a faite du chloroforme au traitement de ces mêmes ulcérations. Ici il ne s'agit probablement pas de l'action anesthésique de cet agent thérapeutique, mais bien plutôt de son action stimulante et modifica-

trice. Quoi qu'il en soit, nous voyons dans les faits rapportés par M. Hancock : d'abord, un cas de chancre phagédénique du vestibule, chez une femme de trente ans, qui était entrée à l'hôpital de Charing-Cross dans un état de faiblesse et d'épuisement extrêmes. M. Hancock lui avait administré du quinquina et de l'acide nitrique dilué à l'intérieur et avait fait faire des applications calmantes sur les parties ulcérées. Mais aussitôt que le phagédénisme avait paru, ces applications furent remplacées par des applications de chloroforme sur la surface ulcérée, et après quelques applications, la marche de la maladie était arrêtée. La douleur fut assez vive, mais non pas autant que lorsqu'on touche les parties ulcérés avec l'acide nitrique. Le chancre a pris un meilleur caractère, s'il était en voie de cicatrisation, lorsque le fait a été publié. M. Hancock dit avoir, d'ailleurs, vérifié cette propriété remarquable du chloroforme dans beaucoup d'autres cas analogues et avec un plein succès, même lorsque le phagédénisme avait résisté à l'opium et à l'acide nitrique. A ce sujet, nous trouvons encore parmi les faits cités par ce médecin, celui d'un homme affecté de syphilis secondaire, qui portait sur le cuir chevelu de très-larges ulcérations, qui s'étaient montrées très-rebelles et qui cédèrent merveilleusement aux applications de chloroforme. — On comprend qu'en faisant connaître ce moyen, nous ne prenons pas la responsabilité des assertions de M. Hancock. L'opium, les cautérisations avec l'acide nitrique et le nitrate d'argent constituent certainement des moyens extrêmement efficaces ; mais du moment que ces derniers moyens peuvent échoner, on comprend l'utilité de posséder un agent thérapeutique qui puisse les remplacer dans certains cas. (*The Lancet*, février.)

VARIÉTÉS.

Nous voudrions pouvoir dire que le choléra nous a entièrement abandonnés. Malheureusement il n'en est pas ainsi, et il est rare qu'un jour s'écoule sans que les hôpitaux en aient à signaler un ou plusieurs cas. L'influence épidémique n'est donc pas éteinte ; mais ce qui montre cependant combien elle a perdu de sa force, c'est, en même temps que le petit nombre des cas, le choix tout particulier que le fléau fait des individus déjà atteints de maladies plus ou moins graves. La maladie n'a pas, du reste, changé de caractère : telle nous l'avons vue au début de l'épidémie, telle nous la voyons aujourd'hui, avec peut-être un peu moins de gravité. Ce qui doit cependant rassurer, relativement à une invasion soudaine et nouvelle de l'épidémie, c'est que, malgré la douceur de la saison, nous n'avons à mentionner aucune recrudescence bien sensible. Voici le mouvement du choléra dans les hôpitaux de Paris, depuis le commencement de l'épidémie. Entrés jusqu'au 25 mars inclusivement 1136 ; sortis, 545 ; décédés, 518.

Les journaux anglais nous apprennent qu'à Hunflet, près Leeds, 15 cas de choléra se sont manifestés, dont 8 morts ; à Carrickfergus, 16 cas, dont 9 décès. En Irlande, le choléra a fait des ravages à Kalinkanlish, dans le comté de Limerick ; il se développe actuellement à Cork. On n'a pas enregistré de nouveaux cas à Londres.

L'une de nos illustrations physiologiques, M. Claude Bernard, vient de recevoir le prix de ses efforts et de ses veilles. Sur un rapport des plus flatteurs de M. le ministre de l'instruction publique, S. M. l'Empereur vient de le nommer professeur de physiologie générale à la Faculté des sciences. Nous ne ne pouvons qu'applaudir, pour notre part, à cet acte de haute justice, quand il s'agit d'un savant qui a attaché son nom aux plus grandes découvertes physiologiques de notre époque.

Le corps médical vient de perdre une de ses plus belles et de ses plus grandes illustrations. M. le professeur Roux a succombé, à l'âge de soixante-

quatorze ans, à une attaque d'apoplexie. Quoique arrivé à un âge avancé, le célèbre chirurgien n'en avait pas moins conservé, jusqu'au dernier moment de sa vie, une étonnante activité. Le premier tous les matins à l'Hôtel-Dieu, assistant à toutes les séances des Académies et de la Société de chirurgie, M. Roux donnait à tous l'exemple du zèle et de l'assiduité. Ses funérailles ont été dignes de la mémoire de l'homme de bien et du grand chirurgien. Savants de tous ordres, gens du monde, hommes du peuple qui n'avaient pas oublié les bienfaits de l'habile praticien, étaient venus se réunir à la famille de l'illustre défunt pour rendre un dernier hommage, dû à cet amour infatigable de la science, à ce dévouement de tous les jours aux pauvres malades. Six discours ont été prononcés sur sa tombe : au nom de l'Institut, par M. Velpeau; de la Faculté, par M. Malgaigne; de l'Académie, par M. Dubois, d'Amiens; de la Société de chirurgie, par M. Marjolin; de la chirurgie militaire, par M. Larrey; et par M. Duchaussoy, au nom des internes des hôpitaux, qui perdent en M. Roux plus qu'un maître vénéré, car il était pour eux un protecteur, un ami. Le discours qui a le plus impressionné l'assistance est celui de M. le professeur Velpeau; il était impossible de mieux caractériser la carrière scientifique de M. Roux que ne l'a fait l'illustre professeur de la Charité, d'exprimer en termes plus élevés les vertus de l'homme de bien, et de dire avec un accent plus touchant les regrets de la science et les douleurs de l'amitié.

Un de nos honorables confrères, M. le docteur Pietra-Santa, secrétaire du service de santé de S. M. l'Empereur, vient d'adresser à la Revue médicale quelques sages réflexions, à propos de certaines communications adressées à l'Académie des sciences. Nous en reproduisons l'introduction, non pour légitimer le silence que nous gardons sur ces travaux, mais pour engager nos confrères de la presse à imiter notre réserve. Nous demandons au gouvernement d'interdire l'annonce par la voie des journaux ; mais que celle-ci ait lieu à la première ou à la quatrième page, dans un journal politique ou dans une société savante, le fait n'est-il pas le même?

Si l'on a pu, avec plus ou moins de raison, adresser à l'Académie des sciences le reproche, dit M. Pietra-Santa, de fermer les portes du secrétariat à la cohorte un peu curieuse, mais bien intentionnée, de la presse médicale et politique, il serait souverainement injuste de ne pas reconnaître l'excessive complaisance qui règne dans cette enceinte pour toute sorte de lectures, notes, mémoires ou documents.

Il n'est pas, en effet, de rêve, d'utopie, d'idée tenant de près ou de loin à la science, qui, affublée d'une forme plus ou moins française, n'ait la faculté de se faire jour à cette trop libérale tribune : telle élucubration qui serait rejetée dans un journal quelconque, par le rédacteur en chef, agissant dans la plénitude de ses pouvoirs, ou par le comité de rédaction, représentant les susceptibilités et les exigences du lecteur, peut paraître sur le vaste champ de la publicité, en prenant le chemin de traverse qu'on nomme l'Institut.

Le secrétaire perpétuel, au sourire toujours gracieux et avenant, vous fait inscrire votre nom avec une obligeance toute particulière. Le reste se réduit à une affaire de patience; et même, aux époques des vacances, des chasses ou de *villégiature*, les jours d'expectative ne sont pas très-longs. La formalité une fois accomplie, vous avez droit de libre cité. Le malencontreux auteur aurait-il oublié qu'il ne faut présenter à l'assemblée que des faits scientifiques, sérieux, bien élaborés, soigneusement étudiés, parfaitement contrôlés; prouvés et reprouvés, *provendo e riprovendo*, comme on disait à la mémorable Académie *del Cimento*, dès qu'il a obtenu la parole, il est sûr de rencontrer sur toute la ligne du calme, de la gravité, une politesse exquise et un silence du meilleur goût.

Les paradoxes les plus décidés, les assertions les moins raisonnables, n'ébranlent pas la sérénité de physionomie intelligente et sévère de ces représentants de la science française. C'est à peine si les habitués saisissent leur pensée à travers le sourire spirituel et moqueur de M. A..., l'écarquillement des yeux du P. R..., le pincement de lèvres de M. D..., le haussement d'épaules du Dr R...

Dès que la lecture est achevée, le tour est fait : Messieurs de *la Gazette* et de *l'Union*, de *la Revue* et du *Bulletin*, sans compter tant d'autres journaux de toutes les périodicités, sont dans l'obligation d'enregistrer votre nom, avec son orthographe, vos titres et qualités (pour peu qu'on y mette de la complaisance). Quant à l'éloge, il n'est jamais de trop, et l'on est même autorisé à recourir aux infiniment petits en fait de petits moyens.

Nous signalons volontiers ce Robert-houdinisme à l'ingénieux confrère qui a eu le courage de vivre de longues heures au milieu de cette atmosphère suffocante que l'on appelle charlatanisme médical. — Quel courage, M. Piogey ! N'avez-vous pas plus d'une fois senti le rouge vous monter au front, en voyant aboutir ces manœuvres scientifiques à d'ébouriffantes *annonces* sur les murs ou dans les journaux ? Ne nous oubliez pas à votre prochaine édition : portez votre esprit instigateur de ce côté ; nous en sommes certain, vous y trouverez ample moisson.

Quelle que soit l'importance d'un mémoire lu à l'Académie des sciences, le nom de l'auteur sera bien répété au moins une douzaine de fois ; c'est autant qu'il en faut pour que l'auteur, s'il a une arrière-pensée scientifique, tire profit de tant d'honneur et de célébrité. Mais venons à l'électricité, c'est notre objet aujourd'hui, et *ab uno disce omnes*.

L'un des avantages de la chirurgie sur la médecine, c'est d'être une science plus positive, de parler aux yeux en montrant des résultats immédiats ! Vous avez une fièvre plus ou moins typhoïde, on vous administre telle potion, vous guérissez ; mais, il y a toujours un doute possible : on peut invoquer les efforts de la nature, sa force médicatrice, etc. Un individu se casse une jambe, ou porte une belle loupe sur le front ; quand le chirurgien a remis et consolidé la première, enlevé la seconde, il n'y a plus à tergiverser, il faut dire : c'est le mérite de la chirurgie et l'habileté du chirurgien.

Pour ne pas rester en tutelle ou dans une position secondaire, il fallait donc au médecin la possibilité de frapper l'imagination ; et s'il n'a pas inventé la machine électrique, nous vous garantissons qu'il a puissamment contribué à la vulgariser. L'étincelle remplaçant le bistouri, la secousse électrique détrônant le bandage, l'ébranlement substitué à l'appareil : quelle révolution ? Il ne s'agit plus de douter : l'on voit, l'on sent, l'impression est durable. Seulement il est arrivé ce qui était dans la nature même des événements : les plus ou moins médecins se sont emparés de la chose ; du cabinet de la faculté, la machine électrique a émigré dans le cabinet de consultation du médicastre, de là sur le char-à-banc du dentiste ; du char-à-banc sur les tréteaux des boulevards et les comptoirs des marchands de vin !

Alors nécessairement les honorables praticiens, qui se respectaient trop pour ne pas souffrir une assimilation quelconque, ont suspendu leurs études et invoqué à leur aide d'autres ressources. La science marchant à grands pas, les découvertes des Volta, Galvani Melloni, Arago, OErstedt, Ampère, tant et tant d'autres, venant faire connaître des courants galvaniques, magnétiques, électro-magnétiques, une foule d'ingénieux appareils ont été inventés pour étudier les lois des phénomènes et leurs applications possibles ; alors aussi des médecins instruits ont repris leurs observations cliniques au lit du malade, sans bruit et sans oublier que, lié même qu'il n'y avait (et surtout qu'il n'y a aujourd'hui) qu'un pas du Capitole à la roche Tarpéienne, une invisible nuance sépare les expériences faites dans le silence du cabinet, et les jongleries des fluides exécutées en plein vent.

Le mal apparaissait constant, évident, quel pouvait être le remède ? Nous n'hésitons pas à le reconnaître, le remède était dans l'étude attentive et sérieuse des principes de l'électricité.

Il est indispensable que les modestes praticiens qui appliquent cet agent puissant à la série toujours si variée de nos infirmités s'empressent au plus vite de publier un ouvrage qui comprendrait :

1° Une théorie à la hauteur de nos connaissances actuelles.

2° Une distinction précise des diverses manières d'être de l'électricité, et de ses manifestations.

3° Une définition des fluides dégagés par frottement; induction, contact, etc.

4° Une description des appareils les plus usités : machine simple, piles à force constante de Bunsen, Daniell, Grove; à force intermittente : appareils de Lebreton, de Duchenne, de Boulogne, etc.

5° L'analyse des phénomènes développés par l'électricité : effets calorifiques, effets physiques, effets chimiques de composition et décomposition.

6° Historique impartial des découvertes successives — des nombreux instruments — des différentes applications!

C'est un beau thème, et nous espérons qu'il sera développé par ceux de nos confrères qui entreront dans la lice pour le grand prix de 1855, dû à l'intelligente initiative de S. M. l'Empereur; par ce moyen, des idées absurdes, mille fois réfutées, n'auraient plus la possibilité de revenir sans cesse.

En prenant possession de sa chaire à l'Université de Bâle, Théophraste Paracelse, ayant réuni tous les livres de médecine qui étaient en sa possession et qui avaient alors le plus d'autorité, les brûla, aux applaudissements de ses nombreux élèves ébahis. Cet auto-da-fé était, à cette époque, un acte significatif, une véritable révolution; il indiquait à tous que le maître abandonnait la vieille routine de la controverse et de la scolastique, pour se lancer dans le vaste champ de l'analyse et de l'observation! De nos jours malheureusement, il est des personnes qui font moralement un auto-da-fé de tout ce qui a été dit et écrit avant eux. Aussi ignorants que présomptueux, ils ne daignent pas se préoccuper des enseignements de la tradition, pour se donner la peine d'inventer quelque chose.

Une idée traverse leur esprit inquiet, l'imagination prend le galop, le système s'élabore, l'hypothèse s'élève, et l'on éprouve immédiatement la nécessité de l'exposer au public.

Voici, s'écrie-t-on, une nouvelle théorie, une nouvelle application de tel ou tel fluide plus ou moins impondérable! L'épithète ne fait jamais défaut. A ces moments solennels, on commence par se mettre sous l'égide d'une citation, que l'épigraphe soit vraie ou paradoxale, complète ou tronquée, peu importe; ce qu'il faut aux novateurs, c'est l'autorité d'un nom.

M. Pietra-Santa rend compte ensuite d'un nouveau traitement du choléra par l'emploi de l'électricité. Dans ce travail, l'excentricité des vues théoriques le cède à peine aux bizarres inductions thérapeutiques de l'auteur.

Nous regrettons que les sages réflexions de M. Piétra Santa n'aient pas éclairé un de ses collègues, M. Boulu. Cet honorable confrère vient de présenter à l'Institut une nouvelle méthode *d'électrisation par l'emploi des courants dérivés*, qui n'est pas appelée à de plus brillants résultats que les recherches qui ont fourni le sujet de l'article de M. Piétra-Santa. Qu'un auteur, peu au courant des données de la science, se livre, dans le silence du cabinet, à de semblables recherches, cela se comprend; mais les produire devant l'Institut, et appeler ainsi l'attention du corps médical, il y a un danger. L'action des courants dérivés a été étudiée par tous les expérimentateurs qui ont tenté de faire entrer l'électricité dans le domaine de la pratique; Marshal Hall, Golding Bird, Duchenne, etc., et tous ont reconnu que ce mode d'électrisation ne pouvait fournir un résultat satisfaisant. Ce mode d'électrisation ne permet pas, en effet, de distribuer aux muscles la dose d'excitation proportionnelle au degré d'excitabilité de chacun d'eux ou réclamée par l'intensité de la lésion de leur propriété vitale. L'électrisation est entrée, grâce à une expérimentation persévérante et rigoureuse, dans une voie utile; il faut prendre garde de la faire dévier de sa route. La bonne intention ne suffit pas dans les recherches scientifiques, et nous apprendrons à M. Boulu que l'électrisation musculaire par actions reflexes et par courants dérivés ne le conduira à rien. Ces expériences compliquées, insignifiantes quand on les fait avec les courants dérivés d'un seul appareil, deviennent dangereuses lorsqu'on agit à une dose un peu élevée avec plusieurs appareils. *Experto crede Roberto.*

En France, le ridicule reste toujours l'arme la plus terrible ; en voici un nouvel exemple : l'administration d'un journal de médecine a annoncé il y a quelques mois que, grâce à la libéralité d'un confrère anonyme, elle pouvait désormais rendre le prix de l'abonnement facultatif à ses souscripteurs, que la différence du prix qu'ils offriraient avec celui de vente du journal serait comblée par la dotation dont elle était l'objet. De plus, une seconde clause de cet acte portait que le Mécène inconnu se réservait de décerner chaque trimestre, aux travaux les plus méritants, des médailles d'or ou d'argent. L'opération financière nouvelle venait, on le voit, soulever des questions de déontologie. Un médecin pouvait-il accepter d'un inconnu une récompense scientifique? A cette première question, on pouvait en ajouter une seconde, plus grave encore. N'était-il pas loisible à cet inconnu, puisqu'il agissait sans mandat, comme sans contrôle, d'arriver, avec le temps, à mêler un nom indigne à celui de praticiens honorables ? Il y avait donc, dans la combinaison nouvelle adoptée par ce journal, un danger réel qui a ému tous les organes de la presse.

En présence de ce fait insolite, le parti le plus prompt était de mettre à exécution le projet conçu depuis longtemps déjà par notre honorable confrère, M. Amédée Latour, celui de créer un Comité de la presse médicale, non pour repousser la solidarité d'une semblable excentricité, mais pour sauvegarder la dignité professionnelle menacée par la répétition de ce fait. Des adhésions trop nombreuses ont été reçues à cet égard pour que nous ne concevions pas l'espoir de voir prochainement se réaliser ce projet. En attendant un acte de répression plus digne d'elle, c'est par le sarcasme que la presse poursuit les manifestations de cet acte étrange. Parmi les appréciations semblables des divers journaux, nous choisissons la plus récente, celle de la *Gazette médicale*.

« Quant aux *médaillistes* en or ou en argent, il peut y avoir quelques doutes sur la parfaite convenance de leur rôle. Mais ils sont, nous le supposons, plus malheureux que coupables; il n'est pas probable qu'ils aient sciemment encouru le ridicule d'une pareille exhibition; ils sont plus à plaindre qu'à blâmer. Dans tous les cas, ce serait porter loin le rigorisme que de voir dans leur fait une grave atteinte à la dignité médicale. En quoi le caractère, l'honorabilité du médecin sont-ils engagés ici? C'est principalement comme auteurs, comme écrivains, qu'ils paraissent. Or, en supposant que quelques-uns aient entendu avec plaisir ou même provoqué ce petit coup de trompette — ce qui est fort possible, car il y a des amour-propres d'auteur aussi faciles à contenter qu'à blesser, — il n'y a pas de quoi appeler l'anathème sur leur tête, ni couvrir la nôtre de cendres. Tout ceci, on l'a dit, est une comédie. Il ne faut donc pas la prendre au tragique. Le ridicule est une peine suffisante pour ceux qui la jouent sciemment, et la meilleure leçon pour ceux qui, par faiblesse ou imprévoyance, s'y sont laissé imposer un rôle. »

La Société de médecine de Strasbourg met au concours la question suivante : « Faire l'histoire anatomo-pathologique des tubercules; considérés en eux-mêmes, en s'aidant de tous les moyens d'investigation modernes. » Les auteurs auront à rechercher comment se forment les tubercules ; sont-ils toujours le produit d'une diathèse ou état général de l'économie? Ne sont-ils pas quelquefois la conséquence d'une lésion toute locale ou idiopathique? — Le tubercule diathésique diffère-t-il, par sa composition, du tubercule idiopathique ? — Les granulations (phthisie granuleuse de Bayle) et les tubercules proprements dits ont-ils la même origine et la même composition? Dérivent-ils les uns des autres? — Rappeler et contrôler les travaux chimiques et microscopiques ayant trait à ces questions, qui ont été réalisés en ces derniers temps. Si les concurrents veulent joindre à leurs réponses aux questions précédentes quelques détails sur les modifications que les tubercules déterminent dans les tissus où ils se produisent et dans l'économie en général, il leur sera tenu compte de ces travaux accessoires. — Le prix, de la valeur de 300 francs, sera décerné en juillet 1855. Les mémoires devront être adressés, suivant les formes académiques, à M. G. Tourbes, secrétaire de la Société, avant le 1er juin 1855.

La Société des sciences médicales et naturelles de Bruxelles a mis au concours les questions suivantes pour 1855 : — *Première question*. Faire l'histoire des préparations d'argent, décrire leurs effets physiologiques et thérapeutiques, et déterminer quelles sont celles qui doivent obtenir la préférence. — Prix : Une médaille d'or de la valeur de 300 fr.— *Deuxième question*. Faire connaître les différents moyens qui ont été proposés pour constater les empoisonnements par les bases végétales, et discuter leur valeur au point de vue chimique, en indiquant la marche la plus rationnelle à suivre. — Prix : Une médaille d'or de la valeur de 300 francs. — *Troisième question*. Cette question est laissée au choix des concurrents, mais elle devra embrasser un sujet quelconque du domaine de la médecine, de la chirurgie ou de la tocologie (art des accouchements). — La Société croit devoir signaler à l'attention des concurrents les rapports entre le pouls et la respiration dans les maladies, la métallothérapie et la question de l'hérédité dans les maladies diathésiques. — Prix : Une médaille d'or de la valeur de 100 francs. — *Quatrième question*. Cette question, laissée au choix des concurrents, devra embrasser un sujet quelconque du domaine des sciences naturelles ou pharmaceutiques. — Prix : Une médaille d'or de la valeur de 100 francs. — Les mémoires devront être écrits lisiblement en français, en latin, en allemand ou en hollandais, et être adressés (*franco*) suivant les formes académiques, avant le 1er mars 1855, à M. le docteur Crocq, secrétaire de la Société, rue du Bois-Sauvage, 14.

M. le ministre de l'instruction publique vient de prendre un arrêté d'après lequel il sera distribué annuellement, dans la Faculté de médecine de Montpellier, quatre prix. Ces distinctions seront le résultat de quatre concours distincts qui correspondront à chacune des années d'études. Pour les trois premières années, le prix consistera en une médaille d'argent et en livres, d'une valeur de 125 fr.; celui de la quatrième année sera une médaille d'or, de la valeur de 300 fr. Les lauréats auront droit au remboursement de tous les frais d'études afférents à l'année scolaire à laquelle se rapportera le concours dont ils auront fait partie.— Les prix et mentions honorables seront proclamés, chaque année, dans la séance solennelle de rentrée de la Faculté.

Plus heureux que leurs confrères de l'armée de terre, les chirurgiens de la marine viennent d'obtenir une organisation dont ils auront à se féliciter. Non-seulement les médecins, chirurgiens et pharmaciens du service de santé de la flotte et des ports, sont assimilés à des grades en rapport avec l'importance de leur position, mais ils ont droit encore aux honneurs militaires afférents à ces grades. Nul doute que M. le ministre de la guerre ne suive bientôt l'exemple qui lui est donné par son collègue de la marine. Nous publierons cet important décret dans notre prochain numéro.

M. le professeur Rostan a été nommé président de l'Académie de médecine, en remplacement de M. Nacquart.

Notre savant confrère, M. Michel Lévy, inspecteur général et membre du Conseil de santé des armées, a été élu membre du Conseil d'hygiène et de salubrité du département de la Seine, en remplacement de M. Trélat, démissionnaire par refus de serment.

La Société de chirurgie vient de nommer membre correspondant étranger, M. le docteur Beyran, chirurgien en chef de l'hôpital d'Yédi-Koulé, à Constantinople.

A la suite d'un concours brillant, M. Faucher, aide d'anatomie, vient d'être proclamé prosecteur à la Faculté de médecine.

Le rédacteur en chef, E. DEBOUT.

THÉRAPEUTIQUE MÉDICALE.

DU TRAITEMENT THERMAL DE VICHY DANS LE DIABÈTE.

Par le docteur Max. Durand-Fardel, médecin-inspecteur des sources d'Hauterive à Vichy, secrétaire-général de la Société d'hydrologie médicale de Paris.

Le diabète est une maladie sur la pathologie comme sur le traitement de laquelle nous ne possédons que des données fort incertaines. Sous le premier rapport, nous en sommes réduits à des théories qui, malgré le talent avec lequel elles ont été présentées et l'apparence satisfaisante qu'elles offraient d'abord, n'ont guère que la valeur déterminée d'études, intéressantes sans doute, mais insuffisantes pour obtenir une solution ; et quant à la thérapeutique, nous nous trouvons en face de traitements palliatifs importants, mais non point encore de traitements curatifs.

Ce travail a pour objet de faire connaître les résultats de notre pratique à Vichy, dans le traitement des diabétiques que nous avons eu à soumettre à l'usage de ces eaux thermales : il n'ira point au delà. La question du diabète a été l'occasion de quelques communications, dans une des dernières séances de la Société d'hydrologie médicale de Paris. Nous mettrons ces communications à profit, mais aucune d'elles n'a eu pour objet le fond de la question pathologique ou thérapeutique du diabète.

Nous devons supposer le lecteur au courant et de la séméiologie de cette maladie, et des recherches importantes dues à MM. Bouchardat, Mialhe et Bernard, à son sujet. Nous nous dispenserons donc de reproduire une exposition que l'on trouve dans tous les articles sur le diabète, et nous nous bornerons à cette remarque, que nous soumettons aux réflexions du lecteur : que tandis que les *théories* de MM. Bouchardat et Mialhe, contradictoires entre elles, et tout à fait inacceptables, l'une et l'autre, si l'on veut les donner comme exprimant d'une manière formelle et complète la pathogénie du diabète, ont fourni d'importantes données thérapeutiques, d'un autre côté, les observations et les découvertes de M. Bernard, si précises et si certaines, n'ont pu encore être mises à profit pour le traitement de cette maladie.

C'est principalement par suite des vues théoriques et des recommandations de M. Mialhe, nous nous plaisons à lui rendre cette justice, que les alcalins et, à ce titre, le traitement thermal de Vichy, ont été prescrits aux diabétiques.

La présence du sucre dans l'urine ne suffit pas pour constituer le diabète. Les observations de M. Reynoso ont appris que ce principe

immédiat pouvait se montrer dans l'urine, par le seul fait de l'embarras de la respiration, et M. Dechambre a remarqué, d'un autre côté, que beaucoup de vieillards présentaient du sucre dans leur urine, ce qu'il semble naturel de rapporter à l'imperfection ordinaire de l'hématose dans un âge avancé.

Tous les diabétiques que nous avons traités à Vichy présentaient, à un degré prononcé, les symptômes du diabète. La soif, l'abondance des urines, la sécheresse de la bouche, l'amaigrissement et la perte des forces, caractérisaient la maladie de la manière ordinaire. Chez quelques-uns, l'embarras de la parole et la fétidité particulière de l'haleine révélaient, au premier abord, la nature de la maladie. L'appétit n'était exagéré, au moins actuellement, que dans un petit nombre de cas; beaucoup se plaignaient de dégoût et d'anorexie; les fonctions de la peau n'étaient pas toujours abolies.

La quantité de sucre contenue dans l'urine avait été rarement dosée. On sait, du reste, qu'au point de vue de la direction du traitement, et du degré approximatif de concentration du sucre, il suffit d'examiner l'urine à l'aide de réactifs, généralement faciles à employer : par exemple, la potasse ou la liqueur de Bareswill.

Chez tous ces malades, à l'exception d'un seul, la durée de la maladie remontait à plus d'une année; chez quelques-uns même, les premiers symptômes, souvent méconnus pendant longtemps, paraissaient dater d'un temps beaucoup plus long.

Presque tous avaient déjà été soumis à un traitement approprié. On sait que le traitement actuel du diabète ne varie guère : privation d'aliments féculents ou sucrés, plus ou moins scrupuleusement suivie, régime animal toujours, insistance plus ou moins grande sur le vin ou les spiritueux, frictions toniques ou stimulantes, boissons sudorifiques, bains de vapeur quelquefois, toniques à l'intérieur, alcalins dans quelques cas; telles sont les prescriptions auxquelles la plupart des diabétiques sont uniformément soumis.

Tous ces malades avaient vu leur état s'améliorer dans une certaine mesure, dès qu'ils avaient suivi ce traitement. Mais si chez quelques-uns cette amélioration avait persisté à un degré important, ne laissant plus que des traces, manifestes encore, mais fort amoindries, de la maladie, chez la plupart celle-ci s'était arrêtée à un point qu'elle n'avait pu dépasser; et les accidents les plus considérables du diabète reparaissant dès l'instant où les malades se relâchaient imperceptiblement du régime ou du traitement qu'on leur avait imposé, la santé générale allait toujours se ruinant, et les progrès de la maladie ne paraissaient avoir été que retardés, plutôt que véritablement enrayés.

Ce tableau général nous paraît aussi propre que quelques observations isolées à donner une idée fidèle du groupe de malades dont nous voulons entretenir le lecteur.

Diabète bien caractérisé, durant depuis un temps assez long; intervention du traitement thermal consécutivement au traitement ordinaire du diabète, celui-ci n'ayant eu généralement qu'une action fort incomplète sur la marche de la maladie, tels sont les caractères les plus importants. Nous allons exposer maintenant les résultats que nous avons obtenus du traitement thermal, considéré d'une manière abstraite et indépendamment des diverses formes suivant lesquelles il peut être employé.

Le premier effet du traitement est, en général, de diminuer la quantité de sucre contenue dans l'urine. Cet effet ne manque presque jamais de se faire sentir, quelquefois dès le second jour; pour la plupart des cas, dans les six premiers jours.

Cependant nous avons vu quelques exceptions à cela.

Chez une jeune fille chez qui la maladie avait atteint le plus haut degré, avec fièvre presque continue, il n'y eut aucune modification de l'urine, et il fallut discontinuer le traitement au bout d'une quinzaine de jours. Dans deux autres cas, les effets du traitement furent à peu près aussi nuls sur l'urine elle-même que sur la santé générale; mais, chez l'un de ces malades, il survenait facilement de la fièvre, la nuit, et, chez l'autre, les poumons ne paraissaient pas dans un état d'intégrité absolue: toutes circonstances sur lesquelles nous reviendrons tout à l'heure, et qu'il importe de prendre en considération.

Enfin, voici un cas où l'on n'a pas observé la concordance habituelle entre l'administration du traitement, la modification chimique de l'urine et l'action apparente sur la santé générale.

M. C., âgé de quarante-huit ans, d'une forte constitution, se plaignait, depuis plusieurs mois, d'une soif excessive, et urinait très-abondamment, lorsqu'il y a un an on reconnut que ses urines contenaient une quantité considérable de sucre (100 grammes). Un traitement incomplet n'amena d'abord aucun résultat; plus tard, le traitement de M. Bouchardat améliora la condition du malade; cependant, lorsque celui-ci vint à Vichy, il était encore très-affaibli, l'urine contenait encore beaucoup de sucre, les symptômes diabétiques étaient fort développés, et l'haleine d'une fétidité insupportable.

Le traitement se composa de vingt-quatre bains et de quatre à huit verres par jour de l'eau de la source des Célestins.

Pendant les premiers jours du traitement, le sucre *augmenta* sensiblement, malgré que le régime fût scrupuleusement suivi; mais il diminua et disparut en partie, pour se montrer de nouveau en plus grande proportion, à la fin du traitement. L'amélioration générale fut peu prononcée.

M. C. se rendit aux bains de mer immédiatement après avoir quitté Vichy. A son retour à Paris, sa santé était redevenue très-bonne en apparence, et l'urine demeura trois mois sans renfermer de sucre.

Mais il survint, au bout de ce temps, une rechute considérable. M. C. retourna aux bains de mer le printemps suivant, puis à Vichy. Bien que les bains de mer parussent lui avoir fait un peu de bien, et que la physionomie fût meilleure, les traits étaient encore altérés, l'affaiblissement excessif, l'anorexie absolue et le découragement profond, l'haleine d'une fétidité extraordinaire; du reste, l'urine, sans être très-abondante, renfermait beaucoup de sucre. La soif était modérée, la langue assez humide; il y avait une constipation considérable; les sueurs n'avaient jamais cessé de se montrer, à aucune époque de la maladie, d'une manière normale, au dire du malade.

Le malade prit trente-huit bains, vingt-cinq douches ascendantes, et de deux à huit verres par jour de l'eau ferrugineuse du puits Lardy. Il recouvra, à Vichy, ses forces dans une proportion considérable : l'appétit reparut, et devint même excessif; la liberté du ventre se rétablit, le moral se releva, il survint des sueurs assez considérables, la langue était bonne, la soif à peu près normale, l'urine peu abondante, et cependant la proportion de sucre était toujours à peu près la même.

Cette action du traitement thermal sur les conditions chimiques de l'urine n'est pas persistante. Dans les cas où le sucre avait disparu complétement à Vichy, il s'est toujours montré de nouveau; mais, dans la plupart des cas, alors, il ne reparaît plus dans les mêmes proportions. Nous devons ajouter cependant que nos observations n'ont pas dépassé encore, sous ce rapport, un espace de cinq années. Cette réapparition du sucre, que l'on ne voit guère s'opérer pendant la durée même du traitement thermal, a lieu quelquefois plusieurs mois seulement après le départ de Vichy; encore est-elle soumise à l'observance d'un régime convenable, car, comme nous le verrons tout à l'heure, le traitement thermal de Vichy ne préserve que jusqu'à un certain point de suivre le régime diététique indiqué dans le diabète. Sous ce double point de vue, de la réapparition du sucre et de la nécessité du régime dans une limite quelconque, l'expérience de M. Petit paraît semblable à la nôtre.

En résumé, action généralement très-rapide du traitement sur les conditions chimiques de l'urine, amenant une diminution considérable, ou même une disparition absolue, du sucre; persistance possible de ces effets après le traitement, mais pendant un temps limité; réapparition du sucre, souvent moindre qu'avant le traitement ; nécessité de combiner toujours, au moins dans de certaines limites, un régime convenable au traitement thermal : telles sont les remarques générales que nous trouvons à faire, relativement à l'action du traitement sur le sucre contenu dans l'urine.

A mesure que le sucre diminue dans l'urine, les divers symptômes diabétiques diminuent, en général, dans la même proportion.

D'abord la quantité de l'urine; en même temps celle-ci se colore et reprend un peu d'odeur urineuse. Elle prend aussi rapidement que dans les autres maladies l'acidité que nous lui avons toujours trouvée avant de commencer le traitement, et même elle nous a paru prendre plus constamment des caractères franchement alcalins. Nous avons, dans la plupart des cas, trouvé dans l'urine des diabétiques une certaine proportion d'albumine. Nous n'avons pas remarqué que celle-ci fût influencée d'une manière notable par le traitement; elle persistait au même degré, malgré la diminution, ou même la disparition du sucre.

La soif et la sécheresse de la bouche sont ordinairement les premiers symptômes qui paraissent influencés par le traitement thermal. Les malades accusent, sous ce rapport, un soulagement immédiat, que traduisent aussitôt leur prononciation et leur physionomie. On sait, en effet, ce qu'a de caractéristique l'aspect inquiet et grimaçant d'un diabétique dont la langue se colle au palais, dont les lèvres ne parviennent pas à s'humecter, dont le gosier aride ressent péniblement l'air même qui le traverse. En même temps que la soif s'apaise, que le besoin de rendre les urines s'éloigne, le sommeil reparaît, l'agitation nerveuse de la plupart des diabétiques se calme, et leur moral ne tarde pas à se relever.

Nous n'avons guère eu occasion d'observer l'action du traitement thermal sur l'appétit désordonné des diabétiques. Plus souvent nous avons vu, sous l'influence des eaux, le dégoût qu'inspirait le régime exclusivement animal diminuer, les digestions lourdes et pénibles se régulariser, l'appétit reparaître. Quant à l'haleine nauséabonde et pénétrante, et vraiment spécifique, qu'exhalent quelques diabétiques, et dont les appartements où ils ont passé quelques minutes conservent encore des traces au bout de plusieurs heures, nous ne l'avons jamais vue céder au traitement thermal, lors même que celui-ci amenait des changements notables dans la composition de l'urine, et même dans la santé générale. Mais il faut ajouter que les diabétiques qui présentent cette circonstance sont, en général, affectés à un très-haut degré et ne se trouvent guère susceptibles que d'un retour fort imparfait. En un mot, c'est là un symptôme d'un pronostic certainement fâcheux.

L'action du traitement thermal sur les fonctions de la peau mérite d'être étudiée avec attention.

Chez la plupart des diabétiques, la peau ne fonctionne presque plus. La sécheresse extrême de la surface cutanée, sa rudesse, un état manifeste d'atonie enfin, constituent un caractère important du dia-

bète, mais non pas un caractère essentiel, c'est-à-dire constant. Plusieurs de nos diabétiques, bien que la maladie offrît chez eux une durée déjà longue et un degré considérable, n'avaient point cessé de transpirer, et la peau n'offrait pas de caractères particuliers. La plupart cependant se présentaient, sous ce rapport, dans les conditions ordinaires.

Nous avons été plusieurs fois frappé d'un fait, que l'on a peut-être signalé du reste ; c'est que, de tous les symptômes diabétiques, la sécheresse de la peau est celui qui résiste le plus au traitement ordinaire, et principalement diététique du diabète. La soif, la sécheresse de la bouche diminuent, l'abondance et les caractères sucrés des urines s'amoindrissent, les forces reparaissent même, mais la peau ne reprend pas ses fonctions, ou ne les reprend que dans une proportion bien moindre. Dans les cas légers et récents, sans doute, il n'est pas très-difficile de rétablir les fonctions de la peau ; mais nous voulons parler des cas où la maladie est prononcée, du degré auquel on la rencontre le plus souvent dans la pratique, car le diabète ne sera sans doute jamais une maladie que l'on ait communément à traiter dès son début.

Or, un bon nombre de nos malades arrivaient à Vichy après avoir subi, pendant un temps plus ou moins long, le traitement ordinaire, et particulièrement diététique, de cette maladie. Ils se portaient mieux, comme nous l'avons indiqué plus haut, le sucre avait diminué, et l'ensemble des symptômes était avantageusement modifié ; mais ils avaient la peau rude, sèche, parcheminée, comme auparavant, ou à bien peu de chose près.

Sous l'influence du traitement thermal, au contraire, on voit peu à peu la peau s'adoucir, s'assouplir, s'humecter enfin. Nous n'avons presque jamais vu de sueurs abondantes s'établir : il est rare que les eaux de Vichy agissent précisément à la manière des diaphorétiques. Mais, comme dans tant d'autres maladies chroniques, où l'atonie de la peau est un des caractères et devient un des éléments de la maladie, les fonctions si importantes de ce système se rétablissent lentement et graduellement.

La constipation est ordinaire chez les diabétiques ; une constipation opiniâtre, et qui paraît tenir surtout au traitement des sécrétions intestinales. Les eaux de Vichy n'agissent que très-lentement, et secondairement, sur ces sortes de constipations. Mais on obtient d'excellents résultats des douches ascendantes, qui, continuées avec un peu de suite, parviennent quelquefois à rétablir définitivement, en partie au moins, les fonctions du gros intestin.

Quant à l'état général, quant au rétablissement des forces musculaires, du moral, du sommeil, il suit de très-près et d'une manière très-

prononcée les changements subis par l'urine et par les symptômes essentiels du diabète. C'est ce retour considérable et rapide qui caractérise surtout le traitement thermal, et c'est principalement sous ce rapport qu'il est si souvent nécessaire pour compléter l'action insuffisante du traitement purement diététique.

Tels sont les effets généraux du traitement thermal de Vichy sur les diabétiques qui y sont soumis. Mais tous ne les subissent pas de la même manière. Comme il arrive dans toutes les maladies et à propos de toutes les médications, il se rencontre ici des circonstances favorables et défavorables, des indications et des contre-indications : il s'agit de les définir.

Cette tâche n'est pas aisée, en présence de l'obscurité qui enveloppe la pathogénie du diabète. Il est probable que cette maladie ne reconnaît pas, dans tous les cas, la même cause prochaine. Il est permis de supposer que des altérations primitives, fonctionnelles ou matériellement appréciables, de l'appareil hépatique, de la respiration, du système nerveux, peut-être de la digestion intestinale, du sang lui-même, peuvent prendre une part toute particulière dans son développement. Mais il faut avouer que jusqu'ici nous sommes dépourvus de moyens propres à nous guider dans cette sorte de diagnostic pathogénique, et que nous ne saurions trouver, dans des conditions organiques préexistantes au diabète, d'éléments qui soient de nature à nous aider à diriger le traitement en question. Voici les seules remarques que nous ayons pu faire dans ce sens, et qu'il nous paraisse utile de consigner ici.

Il est des diabétiques chez lesquels dominent les phénomènes nerveux : c'est ce qu'on pourrait appeler la forme nerveuse du diabète. Mais nous ne sommes pas en mesure de décider si cette apparence appartient au fond même de la maladie, ou se trouve purement accidentelle. Des phénomènes amaurotiques et d'affaiblissement paralytique des membres en sont les caractères les plus saillants. Notre savant ami, M. le professeur Landouzy, fait remarquer, dans sa clinique, que les troubles amaurotiques de la vision, qui sont généralement primitifs dans l'albuminurie, sont toujours consécutifs dans le diabète ; ils paraissent annoncer, dans ce dernier cas, une atteinte profonde subie par l'organisme, bien qu'ils soient encore susceptibles de quelque retour sous l'influence d'un traitement approprié. Quant à l'affaiblissement des membres, cette circonstance, constante chez les diabétiques, prend quelquefois un caractère tout particulier, et par le degré d'intensité qu'elle acquiert, et par sa limitation, ordinairement aux membres inférieurs, simulant alors une véritable paraplégie.

L'existence de phénomènes de ce genre, si elle ne contre-indique pas formellement le traitement thermal de Vichy, paraît diminuer singulièrement les ressources que l'on peut tirer de son emploi. Les malades supportent assez difficilement les eaux; le retour graduel et continu, que l'on observe dans la plupart des cas, n'a lieu chez eux qu'incomplétement et par secousses, et nous avons vu, circonstance assez remarquable, l'urine subir les changements les plus favorables au point de vue de la diminution du sucre, sans que les symptômes diabétiques en parussent le moins du monde influencés.

L'existence de phénomènes fébriles réguliers ou irréguliers constitue une contre-indication plus formelle au traitement. Si les faits que nous avons observés ne sont pas assez nombreux pour décider que le traitement thermal ne soit jamais utilement applicable dans les cas de ce genre, nous pouvons cependant affirmer qu'il réussit beaucoup plus difficilement, et, dans quelques cas semblables, il nous a fallu y renoncer, sous peine de voir l'état du malade empirer sensiblement.

Nous avons eu moins d'occasions d'observer des diabétiques offrant des symptômes thoraciques soit évidemment tuberculeux, soit propres seulement à éveiller des inquiétudes sur l'état d'intégrité des poumons; mais il est probable encore que le traitement thermal de Vichy trouverait difficilement une application convenable dans les cas de ce genre.

Deux de nos malades ont succombé, l'un quelques mois après le traitement thermal, l'autre immédiatement après.

Il s'agissait, dans le premier cas, d'un diabétique albuminurique dont la santé avait paru sensiblement améliorée, sous ce double rapport, par l'usage méthodique des eaux, et qui, alors qu'il songeait à retourner à Vichy, succomba à une gangrène de la jambe, survenue à la suite d'une légère contusion. Le second malade est mort presque aussitôt après le traitement thermal, d'une manière presque subite. S'il n'y a aucune conclusion à tirer d'un fait isolé, nous devons cependant signaler celui-ci, à titre de renseignement. Voici le résumé de cette observation :

M. R., âgé de quarante ans, avoué à Paris, est probablement diabétique depuis trois ans; la maladie n'a été reconnue qu'il y a deux ans. La soif, l'appétit considérable, les urines abondantes, les extrémités froides, la langue d'une extrême sécheresse et collée au palais, la faiblesse musculaire, la maigreur, tels avaient été les symptômes les plus saillants. M. R. suivait un régime sévère. Sous l'influence de ce régime, il était survenu un peu d'amélioration; cependant, à l'arrivée du malade à Vichy, la soif était encore considérable, l'appétit énorme, la parole difficile, à cause de la sécheresse de la langue, l'haleine était d'une fétidité insupportable. Les fa-

cultés viriles, entièrement disparues sous l'influence de la maladie, étaient un peu revenues. C'était surtout après les repas que le malade ressentait de la faiblesse et de la fatigue.

M. R. prit vingt bains, et but, pendant vingt jours, six verres d'eau de la grande Grille.

Au bout de ce temps, la quantité de sucre contenue dans l'urine, bien ques ensiblement diminuée, était encore assez considérable; mais il y avait une atténuation générale de tous les symptômes, de la soif surtout, et les forces avaient reparu d'une manière remarquable. Des sueurs abondantes avaient eu lieu pendant le traitement.

M. R. retourna à Paris; puis, six semaines après, il revint à Vichy, où il suivit un nouveau traitement; mais, cette fois, en se dirigeant de lui-même, de sorte que nous ne pûmes savoir s'il avait fait quelques abus d'eau minérale. Ce qu'il y a de certain, c'est que M. R. quitta Vichy pour aller dans le Midi, et que, quinze jours après, il succombait, dans une auberge, en quelques heures, à des accidents qui furent rapportés à une attaque d'apoplexie.

Après cet exposé assez complet de ce que nous avons vu à Vichy, nous ajouterons quelques mots sur l'appréciation de ce traitement.

Voici les conclusions d'un travail communiqué par M. Mialhe à la Société d'hydrologie médicale de Paris, dans la séance du 24 mars dernier :

« Le glucose, en dedans comme en dehors de l'économie animale, est soumis aux mêmes lois chimiques.

« Il ne peut s'unir à l'oxygène qu'après avoir été décomposé par l'intervention indispensable des alcalis libres ou carbonatés en de nouveaux produits : acides ulmique, formique, glucique, mélassique.

« La combinaison de ces produits avec l'oxygène est une véritable combustion, qui donne lieu à des résultats toujours identiques : eau, acide carbonique, matières ulmiques.

« Dans l'organisme, c'est le liquide sanguin qui fournit les éléments de décomposition et de combustion : carbonates alcalins et oxygène.

« Si ces éléments sont en quantité suffisante, le glucose se détruit complétement et ne laisse aucune trace; s'ils sont en quantité insuffisante, le glucose non assimilé est rejeté par tous les appareils de sécrétions.

« Conséquemment, pour remédier à l'affection diabétique, il faudra replacer l'économie dans les conditions nécessaires à la décomposition et à la combustion du glucose, en administrant les carbonates alcalins et en activant les phénomènes de circulation et de respiration. »

C'est donc bien à titre de neutralisant chimique que M. Mialhe emploie les alcalins, dans le traitement du diabète.

Mais dût-on admettre comme vrais tous les faits théoriques invoqués par ce savant à l'appui de cette doctrine, dût-on attribuer effec-

tivement au bicarbonate de soude la propriété d'introduire dans l'économie un principe qui s'y trouvait en proportion insuffisante pour permettre la destruction complète du sucre, il n'en faudrait pas conclure que la médication thermale de Vichy ne serait qu'une médication purement chimique et neutralisante.

Quelques faits communiqués à la Société d'hydrologie donneraient à penser que d'autres médications auxquelles les bicarbonates alcalins, indispensables suivant la théorie, sont complétement étrangers, pourraient agir sur les conditions chimiques du diabète, d'une manière en apparence aussi formelle que les eaux de Vichy elles-mêmes. Nous n'avons pas l'intention d'établir de parallèle entre ces diverses médications, mais seulement de présenter quelques documents propres à jeter des lumières sur la théorie et bons à utiliser pour la pratique.

M. Niepce, médecin inspecteur des eaux sulfureuses d'Allevard, a adressé à la Société d'hydrologie deux observations, dont voici l'analyse.

Un homme âgé de trente-six ans, robuste mais rhumatisant, menant une existence très-active dans les montagnes du Dauphiné, où il subissait de grandes variations de température, était diabétique depuis cinq mois. Les symptômes de la maladie étaient bien caractérisés, et l'urine renfermait une quantité considérable de sucre. Le traitement se composa de bains quotidiens, de une à cinq heures de durée; de douches générales et d'eau sulfureuse en boisson. Il n'y avait, au bout de huit jours, aucun changement dans l'urine, ni dans les symptômes généraux. Mais alors il survint du frisson, une fièvre intense, des sueurs très-abondantes et une éruption d'urticaire. Aussitôt l'urine perdit de sa quantité et de la proportion de sucre qu'elle contenait. Ces accidents passés, le traitement fut repris, et, au bout d'un mois, il y avait une grande amélioration. Le régime diététique indiqué fut prescrit : (fut-il exactement suivi?) Un an après, cet homme revint à Allevard, très-bien portant, quoique présentant encore un peu de sucre dans les urines. Aujourd'hui il paraît avoir entièrement recouvré ses conditions normales, et a repris ses travaux ordinaires.

Dans une seconde observation, il s'agit d'un homme de cinquante-six ans, diabétique depuis dix-huit mois, et chez qui le traitement de M. Bouchardat n'avait amené qu'une amélioration passagère. Lorsqu'il arriva à Allevard, les symptômes du diabète étaient très-prononcés : l'haleine fétide, la fièvre irrégulière; il y avait de la toux, et la respiration se faisait mal dans les poumons. Comme dans l'observation précédente, il survint, au bout de huit jours de traitement, une fièvre intense et des sueurs abondantes, accompagnées d'une éruption miliaire.

Ce ne fut qu'alors également que la quantité de sucre et l'abondance des urines diminuèrent sensiblement. Cette amélioration persista deux mois; mais, au bout de ce temps, les accidents pulmonaires s'exaspérèrent, et le malade succomba.

C'est ici, sous l'influence apparente de phénomènes critiques, que les caractères chimiques du diabète se sont affaiblis. Mais il n'en est pas toujours ainsi.

M. Lebret a observé, à Balaruc, un malade qui présentait les symptômes les plus caractéristiques du diabète, particulièrement sous la forme nerveuse, tels que vomissements et dyspepsie au début, troubles variés de la vision, difficulté prononcée de la locomotion et amaigrissement, en rapport avec une quantité considérable de sucre dans les urines. Sous l'influence de onze bains et de l'administration des eaux de Balaruc, à doses modérément purgatives, et d'un régime approprié (mais imparfaitement suivi), l'état général s'est promptement relevé; la vue et les forces musculaires ont recouvré leurs conditions normales, tandis que les proportions de sucre devenaient de moins en moins appréciables.

L'observation suivante nous a été communiquée par notre excellent collègue et ami, M. Regnault, médecin inspecteur des eaux de Bourbon-l'Archambault.

Une jeune fille de quatorze ans, d'une constitution remarquablement forte et développée, non réglée encore, fut prise de diabète à la suite d'un bal où, ayant très-chaud, elle avait bu beaucoup d'eau glacée. La maladie ne fut reconnue que quelques mois après, alors que l'enfant était tombée dans un état voisin du marasme. M. Bouchardat prescrivit alors l'abstinence d'aliments féculents; des excitants de la peau, et des bains de mer. La première partie du traitement amena une amélioration considérable, mais la plus petite infraction au régime ramenait une proportion considérable de sucre dans l'urine.

Les bains de mer furent remplacés par l'eau thermale de Bourbon-l'Archambault. Au bout de dix jours, il n'y avait plus de traces de sucre; l'enfant pouvait manger impunément des pommes de terre et un peu de pain. Pendant plusieurs mois, elle paraissait avoir recouvré toute sa santé, mangeant des pommes de terre à discrétion et quelques tartines de pain par jour, mais en proportion mesurée. Au bout de ce temps, c'est-à-dire l'automne dernier, cette jeune fille fut vivement impressionnée d'un accident grave survenu à un de ses parents. Le sucre reparut immédiatement dans l'urine, mais il suffit d'un régime sévère, suivi pendant quelque temps, et de quelques toniques, pour la rétablir.

On trouve dans la Gazette médicale de Lyon, n° d'octobre 1850, un cas fort intéressant de diabète, qui a disparu, au moins pour un temps, sous l'influence d'un traitement hydrothérapique, chez une jeune fille de douze ans, affectée d'un diabète très-avancé, et contre lequel le traitement de M. Mialhe et celui de M. Bouchardat avaient échoué.

Enfin les bains de mer auraient été souvent employés utilement dans le traitement du diabète. Il y a quelques individus qui en sont aussi vivement influencés que par une eau minérale quelconque. M. Bouchardat a, si nous sommes bien informé, remplacé dans sa pratique les eaux de Vichy par les bains de mer. Nous doutons cependant qu'il ait à se louer de cette pratique nouvelle.

M. Gaudet, dont on connaît l'expérience éclairée dans tout ce qui se rapporte à la médication hydromarine, convient que les bains de mer peuvent être utiles aux diabétiques, en tant qu'ils concourent à la reconstitution de l'économie, ce qui est une indication vague, au point de vue de la maladie elle-même, mais importante au point de vue symptomatique. Cependant il fait remarquer que si l'usage des bains de mer, joint aux autres moyens indiqués dans le diabète, paraît concourir au rétablissement de la santé des diabétiques affectés à un certain degré, ils empirent l'état des diabétiques avancés.

Que conclure de tous ces faits, que nous ne donnons ici, du reste, qu'à titre de renseignements? C'est qu'il ne faut pas se hâter de voir dans les eaux de Vichy une médication chimique et spécifique du diabète, puisque, par d'autres médications de nature fort différente, on peut obtenir des effets thérapeutiques analogues, et quelquefois aussi prononcés, bien qu'aucune, il faut le dire, n'approche de celle de Vichy, pour la sûreté et la régularité de ses résultats, dans la grande majorité des cas. Il faut remarquer surtout qu'une telle médication, agissant dans le sens de la théorie, devrait posséder quelque vertu curative, dans les cas légers tout au moins, tandis qu'elle ne nous montre qu'une action purement palliative, fort supérieure pour le degré qu'elle atteint, mais fort semblable, pour la marche et la physionomie qu'elle affecte, à la médication purement diététique.

Cette dernière proposition résume du reste, d'une manière très-exacte, ce que nous avons développé dans le cours de ce travail, relativement à l'action des eaux de Vichy dans le traitement du diabète.

THÉRAPEUTIQUE CHIRURGICALE.

SERRES-FINES HÉMOSTATIQUES.

Par le docteur Vidal (de Cassis), chirurgien de l'hôpital du Midi.

Quelques publications récentes sur les *serres-fines* me prouvent qu'on a oublié ou qu'on n'a pas lu en entier mes articles sur ces instruments (1). Je vois, en effet, que tel honorable confrère a eu l'*heureuse idée* d'appliquer les *serres-fines* à la répression des hémorrhagies par les piqûres des sangsues. Je lis qu'un autre médecin estimé a eu la pensée de modifier mes instruments, c'est-à-dire *de les aplatir*. On a voulu aussi les baptiser autrement. Que sais-je? Je me trouve donc dans la nécessité de dire, d'abord, que ma première phrase sur l'emploi *général des serres-fines* a été celle-ci : « Tout bon moyen unissant peut devenir un moyen hémostatique; » et je dis ensuite comment les *serres-fines* peuvent arrêter le sang. En effet, leurs mors peuvent, en agissant d'une manière plus ou moins directe sur les vaisseaux, arrêter une hémorrhagie, et être employés dans les cas où la ligature et les autres hémostatiques seraient d'une application trop longue, trop difficile, et d'une efficacité douteuse.

Une application que j'ai fort recommandée est celle qui peut être faite pendant les grandes opérations, surtout quand la manœuvre doit se prolonger. Ainsi, pendant l'extirpation d'une tumeur volumineuse, plusieurs artères peuvent, en donnant, nuire à la précision des mouvements de l'opérateur et épuiser les forces du malade. Jeter alors une ligature sur chaque vaisseau, c'est perdre quelquefois un long temps, et si on désire réunir immédiatement, chaque fil devient un obstacle au succès de ce mode de pansement. Il faut donc enlever tous les fils, ce qui est encore une perte de temps et de nouvelles souffrances pour le malade. Faire appliquer les doigts des aides sur les vaisseaux qui donnent, c'est se priver de ces aides pendant le reste de la manœuvre qui, d'ailleurs, est singulièrement gênée par la présence de leurs mains sur la surface traumatique, sur le théâtre de l'opération.

Il est des cas où la rapidité, dans l'application de l'hémostatique temporaire, est d'une importance extrême; ainsi, pendant la bronchotomie, des artérioles des veines donnent quelquefois en abondance; le sang, en couvrant les tissus, gêne l'exécution des derniers temps de l'opération. La compression par les doigts des aides n'est guère possible ici, la ligature demande un temps précieux, elle est quelquefois difficile à exécuter, car les vaisseaux sont petits, ils ne

(1) Voir l'*Union* et le *Bulletin de Thérapeutique*, mai 1849.

font pas toujours une saillie suffisante pour être bien embrassés par le fil. La *serre-fine*, au contraire, saisit le vaisseau avec rapidité, elle en accroche quelquefois plusieurs d'un coup ; quand ils ne font pas une saillie suffisante, la *serre-fine* prend avec eux les tissus les plus adhérents, peu importe. Il est bien plus important d'avoir en sa possession des *serres-fines*, quand déjà le tube aérien est ouvert, au moment où la pénétration du sang dans la trachée est à craindre. La rapidité, la sûreté dans l'application de l'hémostatique, sont alors des conditions essentielles ; eh bien ! ici, avec le temps indispensable pour jeter convenablement une ligature, on peut appliquer quatre *serres-fines*. Je n'exagère pas. D'ailleurs, les avantages de ce nouvel hémostatique, que je signale ici, ont été mis hors de doute, il n'y a pas bien longtemps, dans un hôpital de la capitale.

Les *serres-fines* ont surtout un avantage marqué sur la ligature, quand on opère sur des tissus qui, par l'inflammation, ont été confondus et ont subi un certain degré d'induration. On voit quelquefois, alors, une grande quantité de sang couler ; il jaillit peu ou ne jaillit pas ; mais, le plus souvent, le vaisseau ou les vaisseaux qui donnent ne peuvent être assez bien isolés pour permettre l'application régulière de la ligature. Il arrive plus d'une fois, dans ces circonstances, que l'extrémité du vaisseau est emportée par la pince qui le saisit, car le tissu artériel est rendu fragile par le fait de la phlegmasie. Une *serre-fine* un peu forte, avec des mors comme je les décrirai bientôt, saisit médiatement les vaisseaux, les comprime énergiquement et arrête l'hémorrhagie. J'ai fait plusieurs fois une heureuse application de ces instruments, après l'ouverture d'abcès du périnée, dans des cas où le vaisseau divisé était à une profondeur et dans une position qui auraient rendu fort difficile la manœuvre nécessaire pour exécuter méthodiquement la ligature. Ce que je dis ici fait prévoir les avantages des *serres-fines*, pour arrêter certaines hémorrhagies après la taille, quand des artères du périnée auront été blessées.

Dans certaines circonstances, il serait difficile, selon moi, de remplacer efficacement la *serre-fine*. Ainsi j'eus à opérer une petite fille de la clientèle de mon excellent ami M. Blache. Il s'agissait de l'extirpation d'une petite tumeur sanguine du lobule de l'oreille : il y avait à craindre une perte de sang plus ou moins considérable, après le coup de ciseau nécessaire pour cette opération ; et ici nous avions affaire à une petite malade qui n'avait pas beaucoup de sang et qui aurait été très-sensible à l'application du caustique. J'exerçai donc la compression avec une *serre-fine* assez forte, qui pinça le lobule ; une patte de l'instrument était sur la face postérieure ; l'autre patte, sur la

face antérieure, comprimait la petite surface traumatique, sur laquelle était un petit disque d'amadou. Le lendemain, la *serre-fine* fut enlevée, et il n'y eut pas le moindre suintement sanguin. Cette petite opération a été exécutée à Passy, en présence de M. le docteur Larchet, ancien interne des hôpitaux. On comprend que la même application des *serres-fines* pourrait être faite aux lèvres, aux ailes du nez. Quand on pince ainsi ces parties, une patte de l'instrument sert de point d'appui, et l'autre comprime, ou, pour mieux dire, elles compriment toutes deux et se servent mutuellement de point d'appui.

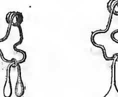
L'indication des *serres-fines*, pour dompter les hémorrhagies provenant de la piqûre des sangsues, a surtout été saisie par les confrères qui exercent avec le plus de succès la médecine des enfants. Ainsi, MM. Trousseau et Blache n'ont pas tardé à voir tout le parti qu'ils pouvaient tirer de ces petits instruments, mais je ne sache pas qu'ils aient fait dire et imprimer qu'ils avaient eu les premiers *cette ingénieuse idée*.

Chez les enfants, on place souvent des sangsues au cou pour combattre les différentes inflammations du tube aérien. Si les piqûres donnent trop longtemps, le sang devient toujours plus aqueux et plus difficile à arrêter; les moyens hémostatiques ordinaires doivent être plus ou moins aidés par la compression : or, la compression du cou, chez un enfant qui est alors suffoqué, ne peut être considérée comme une pratique rationnelle. La cautérisation ne réussit pas toujours, et si un certain nombre de piqûres donnent, ce moyen devient d'une application difficile et douloureuse. L'enfant crie, s'agite, ce qui aggrave son état; il reste parfois longtemps agacé, même après la cessation de la douleur. Rien de plus facile alors que de pincer la peau un peu en dehors de la piqûre avec des *serres-fines*, telles qu'elles ont été modifiées pour cet usage. Au lieu de se terminer par des griffes des érignes, leurs pattes se terminent comme les pinces à pansement modernes, comme des petites pinces à polypes, *fig.* 1. Si on craint que les mors ne glissent, quand la peau n'est pas très-mobile, et, après une opération, quand l'inflammation a déjà confondu les tissus, on devra préférer des *serres-fines*, non pas à griffes, mais à dents de scie. Chaque branche se termine alors comme une pelle de cheminée. Seulement le bord inférieur est denté, *fig.* 2.

Comme on le pense bien, j'ai songé de très-bonne heure, non-seulement à la force des *serres-fines*, puisque j'ai établi une graduation qui va depuis la *serre-fine* à patte de mouche, pour la réunion des plaies superficielles de la face, du prépuce, quand la peau est très-fine, très-mobile, et qu'on désire surtout ne laisser aucune cicatrice, jusqu'à la *serre fine*, grosse comme une pince des oculistes, laquelle

est préférée, quand on doit embrasser avec la peau plus ou moins de tissus, quand on désire faire marcher la réunion d'une certaine profondeur vers le tégument, et surtout dans les cas où on a l'intention de mortifier les parties pour produire un tissu modulaire.

Après avoir établi des *serres-fines*, différentes par la force, j'ai cherché à modifier leurs extrémités, leurs pattes, selon l'indication à remplir. Ainsi j'ai déjà parlé des *serres-fines* qui se terminent comme





(Fig. 1.) (Fig. 2.) (Fig. 3.)

une pince à polypes, *fig.* 1; de celles qui sont palmipèdes, *fig.* 2. Les premières sont surtout destinées aux enfants, parce que leur application n'est pas douloureuse. J'ai dit que les secondes étaient principalement utiles quand on craignait le glissement des mors. M. Luër a fabriqué des serres-fines qui se terminent comme un L majuscule, *fig.* 3. La branche horizontale est dentée; chaque dent correspond à une petite rainure de la branche qui lui fait face. M. Charrière, d'après mes indications, a fait des *serres-fines* qui se terminaient par six pattes, *fig.* 4. On pouvait, avec elles, réunir sur trois points à la fois.

(Fig. 4.)

Quant aux noms, je n'y tiens pas et je laisserai aux néologistes le facile plaisir d'en inventer: *Serres fortes, serres plates, pinces unissantes,* peu importe. Je dois dire seulement que, quand je désire arrêter une hémorrhagie, je demande à mes élèves des *serres-fines hémostatiques*. On me présente alors celles qui sont aplaties. Quand je le pourrai, je parlerai de l'application des SERRES-FINES au traitement des tumeurs érectiles, des varices, du prolapsus utérin et autres chutes dont il a été question dans ces derniers temps. VIDAL (DE CASSIS).

CHIMIE ET PHARMACIE.

COUP D'OEIL SUR LES MÉDICAMENTS ASTRINGENTS TIRÉS DES VÉGÉTAUX, A PROPOS DE L'EXTRAIT DE LA RACINE D'ARBOUSIER.

Depuis un certain nombre d'années on reprend, avec un zèle des plus louables, l'étude des agents de la matière médicale indigène. Mal-

heureusement ces recherches nouvelles sont loin de fournir toujours les résultats qu'on était en droit d'en attendre. Aveuglés par leurs bonnes intentions, les auteurs acceptent leurs espérances pour la réalité et exagèrent le plus souvent la portée des essais auxquels ils se sont livrés. S'il est dangereux de ne pas croire, il ne l'est pas moins de croire trop facilement, et M. Cazin nous en fournit un exemple, à propos de la plante dont nous avons à nous occuper. « Le célèbre Barthez, atteint de la pierre, et ne voulant pas se faire opérer, crut pouvoir calmer ses souffrances, dit M. Cazin, par l'usage de la busserole, à laquelle il attribuait la propriété de diminuer sympathiquement l'irritation de la poitrine, par son action de la vessie : il croyait ainsi combattre à la fois deux affections dont il était atteint; lorsqu'il se décida à se faire opérer, il était trop tard. Sa confiance dans les vertus de l'*uva-ursi* lui avait été fatale. » C'est aux médecins de Montpellier que la busserole a dû la grande réputation dont elle a joui, un instant, dans le traitement des affections des voies urinaires. Ils lui attribuèrent la propriété de calmer les coliques rénales; de guérir le catarrhe vésical; de faire circuler les urines, les graviers; de dissiper les engorgements prostatiques, et même de fondre et de dissoudre les calculs vésicaux.

La busserole et l'arbousier, quoique appartenant au même genre de plante de la famille des bruyères, ne peuvent être confondus cependant, ainsi que l'a fait M. Cazin. La busserole (*arbutus uva-ursi*) croît dans nos montagnes alpines et le nord de l'Europe, tandis que l'arbousier (*arbutus unedo*) se rencontre spécialement dans le bassin de la Méditerranée. Cette circonstance nous explique pourquoi M. Guyot Dannecy, pharmacien à Bordeaux, a étudié plutôt l'arbousier, quoique cette plante soit moins riche en tannin que la busserole.

« Les usages de cette plante, disait M. Dannecy, dans les pays où elle croît spontanément et où elle se trouve en grande abondance, sont très-limités. Dans plusieurs cantons seulement, les feuilles ont été employées pour remplacer l'écorce de chêne dans le tannage des peaux; les fruits l'ont été quelquefois dans la médecine domestique, comme astringents. Là se bornent ses usages comme agent thérapeutique et son emploi comme élément industriel.

« L'abondance du principe astringent renfermé dans toute la plante m'avait fait soupçonner que la racine, fortement colorée en rouge dans la plus grande partie de sa masse, et présentant un aspect résineux, pourrait bien recéler un principe extractif susceptible d'être utilisé. Quelques essais tentés dans ce but viennent de réaliser mes prévisions.

« Cette racine, convenablement divisée et traitée dans l'appareil de

déplacement par l'eau-de-vie et l'eau, a fourni un extrait (représentant le cinquième de la substance employée) d'une magnifique couleur grenat, parfaitement soluble dans l'eau froide, d'une saveur astringente sans amertume, et présentant tous les caractères de l'extrait de ratanhia préparé dans nos officines.

« Cet extrait, avec lequel nous avons préparé un sirop, une teinture, des pilules, a été expérimenté par quelques praticiens, et leur a paru à tous, et dans tous les cas, remplacer l'extrait de ratanhia.

« Il est permis d'espérer de ces différents essais que la racine d'arbousier, se prêtant aux différentes formes pharmaceutiques, pourra remplacer la racine de ratanhia, dont elle partage les précieuses propriétés, et viendra prendre place à côté des astringents les plus employés. »

M. Soubeiran, dans le rapport qu'il a été chargé de faire à la Société de pharmacie sur le travail de M. Guyot Dannecy, n'a pas cru devoir se borner à la comparaison de l'extrait de racine d'arbousier avec l'extrait de ratanhia. Il lui a semblé qu'il y aurait avantage à marquer sa place parmi les astringents à base de tannin de l'usage le plus ordinaire. Cette comparaison devait conduire, d'ailleurs, à une appréciation comparative de cet ordre de médicaments, qui ne paraît jamais avoir été faite convenablement.

Les extraits astringents sur lesquels il a opéré ont été :

Cachou en masse du Pégu; cachou en galettes de l'Inde; kino de la Jamaïque; kino d'Amboine; extrait d'écorce de chêne; extrait d'écorce de monésia; extrait de racine de bistorte; extrait de racine d'arbousier; extrait de racine de ratanhia; extrait de racine de tormentille.

Dans une première série d'expériences, il a pris pour terme de comparaison l'impression d'astriction plus ou moins prononcée que produisait sur la bouche la dissolution de ces divers extraits. Chaque dissolution préparée avec 1 gramme de chacun des extraits et 50 grammes d'eau froide à 20 degrés, il a pris 10 centimètres cubes de chaque, qu'il a étendus avec 50 centimètres cubes d'eau, et il a goûté comparativement les liqueurs. Après un premier classement approximatif, les dissolutions ont été reprises deux à deux, en opérant successivement sur les deux plus voisines, et en laissant un grand intervalle de temps entre chaque dégustation, pour conserver à l'organe du goût toute sa sensibilité et sa sûreté de jugement.

Voici l'ordre dans lequel les divers extraits astringents se sont placés, en commençant par les plus sapides :

Cachou de Pégu; kino de la Jamaïque; kino d'Amboine; cachou

de l'Inde ; extrait de ratanhia ; extrait de monésia, extrait de tormentille ; extrait d'écorce de chêne ; extrait de racine de bistorte ; extrait de racine d'arbousier.

Il a pris alors 10 centimètres cubes de chaque liqueur, il les a étendus dans 500 centimètres cubes d'eau et a ajouté un peu de chlorure ferrique, qui a coloré diversement chaque solution (cachou de Pégu en vert, cachou de l'Inde, extrait de monésia et les deux kinos en brun, extrait de ratanhia en gris sale, les autres en bleu).

Il a alors étendu chacune de ces liqueurs colorées avec de l'eau, jusqu'à ce que la coloration cessât d'être sensible. C'était un moyen d'estimer la proportion de tannin, et, par suite, la propriété astringente de chaque liqueur; moyen approximatif seulement, parce que le tannin est accompagné par des matières extractives colorées, qui, elles aussi, ont leur action colorante sur le sel de fer, et parce qu'il n'est pas possible de reconnaître avec précision le moment où la couleur due au tannate de fer a disparu. L'expérience pouvait cependant être utile, en ne lui demandant que ce qu'elle pouvait donner, c'est-à-dire seulement une classification générale. 1 million de parties d'eau ont cessé d'être colorées quand la dissolution ne contint plus que :

8 parties de cachou de Pégu ; 10 parties de kino de la Jamaïque ; 12 parties de kino d'Amboine ; 14 parties de cachou de l'Inde ; 15 parties d'extrait de monésia ; 15 parties d'extrait de ratanhia ; 35 parties d'extrait de tormentille ; 50 parties d'extrait de bistorte ; 55 parties d'extrait d'écorce de chêne ; 160 parties d'extrait de racine d'arbousier.

C'est le même ordre qui avait été trouvé par l'épreuve organoleptique.

Sur ces indications, on pouvait présumer que cet ordre représente aussi la puissance médicinale comparée de ces divers astringents, et, en effet, il s'accorde assez bien avec les effets observés dans la pratique des médecins.

En effet, M. Trousseau a mis sur le même rang le cachou, le kino et l'extrait de ratanhia. Les légères différences qu'il a observées s'expliquent assez bien par la difficulté de déterminer à quelle espèce commerciale il a eu affaire, et aussi parce que les sucs commerciaux de même origine ne sont pas toujours identiques dans leur composition. Les kinos et les cachous du commerce sont loin d'être toujours les mêmes ; il me paraît que le cachou de Pégu marche incontestablement le premier. Quant à l'extrait de ratanhia, malgré le rang secondaire qu'il occupe dans les séries, j'estime bien acquise, dit M. Soubeiran, la réputation dont il jouit dans l'esprit des médecins, parce qu'il est très-

actif, quand il a été bien préparé, parce qu'il est plus constant dans sa composition que les divers sucs astringents du commerce, et que l'on peut compter davantage sur la régularité de ses effets.

M. Trousseau place aussi l'extrait de monésia sur le même rang que l'extrait de ratanhia. Les expériences rapportées ci-dessus sont tout à fait d'accord avec cette opinion.

M. Trousseau reconnaît que l'extrait de tormentille est un astringent très-énergique. C'est comme tel qu'il est classé depuis longtemps dans la matière médicale. Il doit venir cependant après l'extrait de ratanhia; mais il se recommande parce qu'il est le produit d'une plante extrêmement commune dans tous les bois, et dont les médecins de campagne ne savent pas assez le parti qu'ils pourraient tirer.

L'extrait de bistorte reste bien en arrière, sur le même rang à peu près que l'écorce de chêne. L'extrait de racine d'arbousier est bien plus loin encore; et M. Soubeiran conclut que M. Guyot Dannecy s'est fait illusion sur sa valeur. Il peut, sans doute, être utilisé comme astringent; mais il est loin de pouvoir supporter la comparaison avec l'extrait de ratanhia; il arrive encore loin après l'extrait de tormentille, et même après l'extrait d'écorce de chêne et de bistorte.

M. Soubeiran n'avait pas à faire intervenir, dans son rapport à la Société de pharmacie, l'élément médical; mais comme ce point de vue de la question se trouve traité dans le coup d'œil qu'il jette sur l'état de la pharmacologie en France, nous emprunterons à ce travail quelques considérations qui compléteront sa note.

Le tannin, que l'on trouve dans les différentes parties des végétaux, n'est pas un principe absolument semblable à lui-même; il se présente avec de légères variations dans ses propriétés, qui ne sont pas cependant assez tranchées pour exercer une influence sur son étude pharmaceutique. Il n'en est pas de même au point de vue médical; les substances qui contiennent du tannin, considérées sous ce rapport, ne diffèrent plus entre elles seulement par les proportions différentes du principe, mais parce qu'il est lui-même différent. Ainsi il se présente avec de légères variations dans ses propriétés, qui ne sont pas cependant assez tranchées pour exercer une influence sur son étude pharmaceutique. Il n'en est pas de même au point de vue médical : les substances qui contiennent du tannin, considérées sous ce rapport, ne diffèrent plus entre elles seulement par les proportions différentes de de ce principe, mais parce qu'il est lui-même différent. Ainsi, par exemple, tandis que le tannin de la noix de galle et la noix de galle elle-même ont une saveur astringente des plus désagréables, et un caractère de stypticité qui a quelque chose de révoltant pour les tissus,

le tannin du cachou, de la racine de ratanhia et de la rose rouge, sont plus doux et sont mieux supportés.

La noix de galle, à cause de sa saveur styptique et presque mordicante, sera réservée pour l'usage externe, et l'on pourra compter toujours alors sur son extrême activité. Elle entrera de préférence dans la composition des pommades, quelquefois des injections et des gargarismes.

L'extrait de ratanhia, l'extrait de monésia et le kino se montrent plus appropriés à l'usage interne. Ce sont aussi des médicaments d'une action sûre, mais contre lesquels les tissus se révoltent moins. Les extraits de bistorte et de tormentilles ne leur cèdent guère en puissance, et cependant leur usage est presque tombé en oubli. La forme de pilules, de potions, s'applique heureusement à ces médicaments, et même celle de sirop, si l'on n'a pas à réclamer d'eux une intervention énergique.

L'écorce de chêne n'est employée qu'à l'extérieur. C'est le cas de signaler l'avantage qu'il peut y avoir parfois à se servir, en médecine, d'astringents qui pénètrent plus facilement les tissus, et qui leur laissent plus de souplesse. C'est précisément là l'effet que produit l'écorce de chêne, et ce qui, dans les arts, lui fait donner la préférence, pour le tannage des peaux, sur des matières tannantes plus pures.

Le cachou, par sa saveur agréable, est le plus souvent réservé pour l'usage interne. Associé au sucre, il constitue des médicaments dans lesquels on recherche plutôt la propriété tonique que les effets des astringents.

La rose rouge, à cause de son odeur agréable, est employée souvent de la même manière, sous forme de conserve. C'est aussi un astringent qui rend de bons services. Son usage est populaire, sous la forme de mellite.

Les glands de chêne, après avoir été torréfiés, sont souvent ordonnés, quand il faut relever la tonicité des tissus.

Quelques médicaments peu actifs, comme la racine de fraisier, la grande consoude, les feuilles de ronce et les feuilles d'aigremoine, doivent à une ancienne habitude leur usage populaire et le droit de figurer encore dans les formulaires.

SUR UNE NOUVELLE COMBINAISON DE L'IODE. — FORMULES D'UN SIROP ET DE SOLUTIONS IODO-TANNIQUES.

Les recherches modernes tendent, depuis quelques années, nous avons eu déjà l'occasion de le faire remarquer, à rappeler l'attention sur l'emploi de l'iode, et surtout à livrer à la pratique des formes pharmaceutiques qui dépouillent le métalloïde de son action agressive

sur l'estomac, sans nuire à ses effets thérapeutiques. M. Socquet, médecin de l'Hôtel-Dieu de Lyon, vient de lire devant la Société de médecine de cette ville, au nom de M. Guillermond et au sien, un Mémoire, plein d'intérêt, sur une nouvelle combinaison de l'iode et sur son application en médecine. Nous avons à nous occuper spécialement, dans cette division du Journal, de la forme médicamenteuse. Et d'abord, la combinaison de l'iode et du tannin, que proposent MM. Socquet et Guillermond, est-elle aussi nouvelle que ces auteurs le pensent? Nous ne le croyons pas. Si notre mémoire ne nous fait pas défaut, un honorable pharmacien de province a adressé à l'Académie de médecine, il y a plus de deux ans, un travail sur la propriété remarquable des solutions aqueuses de tannin de dissoudre de grandes quantités d'iode; quant aux résultats avantageux que la pratique peut tirer de cette combinaison des deux agents médicamenteux, elle a été mise en relief, il y a plus de dix années, par un médecin de l'hôpital des Vénériens, notre laborieux confrère, M. Puche. Mais laissons de côté, pour le moment, les points de vue historique et chimique de la question, et plaçons sous les yeux de nos lecteurs les nouvelles préparations pharmaçeutiques proposées par MM. Socquet et Guillermond. Personne n'a encore abordé l'étude de la combinaison de l'iode et du tannin et de leurs effets thérapeutiques avec le soin et l'étendue que leur ont accordés ces auteurs. Nous citons textuellement la partie pharmaceutique de leur Mémoire :

La solution iodo-tannique, disent MM. Socquet et Guillermond, se prête admirablement à toutes les formes pharmaceutiques pour l'usage interne ; nous n'en avons pas trouvé de plus commode et de plus convenable que celle d'un sirop iodo-tannique.

Deux formules nous ont paru nécessaires pour l'usage externe ; la première, que nous appellerons solution *iodo-tannique normale*, parce que l'iode et le tannin s'y trouvent dans des rapports constants, et que ces éléments sont combinés entre eux ; la deuxième, que nous appellerons *iodo-tannique iodurée*, dans laquelle une partie de l'iode se trouvera libre, seulement à l'état de dissolution, et où il agira par lui-même.

Dans les opérations que nous venons de rapporter, nous nous sommes toujours servi du querci-tannin ; mais comme l'astriction désagréable de cette substance pourrait quelquefois la faire rejeter pour son administration interne, ainsi que le remarquent fort bien MM. les professeurs Trousseau et Soubeiran, nous avons dû chercher si nous ne pourrions pas trouver, dans les autres végétaux, un succédané avantageux qui puisse nous permettre de l'appliquer plus facilement à

l'usage interne. Après en avoir examiné plusieurs, nous avons été assez heureux pour trouver à un haut degré, dans le ratanhia, la propriété de dissoudre l'iode et de se combiner avec lui.

C'est donc avec le tannin du ratanhia que nous préparerons les médicaments que nous destinerons à l'usage interne, réservant le querci-tannin pour l'usage externe.

Voici les formules que nous avons adoptées :

USAGE INTERNE. — *Sirop iodo-tannique.*

Pr. Iode	....	2 grammes.
Extrait de ratanhia	....	8 grammes.
Eau . . } Sucre. } āā q. s. pour faire sirop	....	1 kilogramme.

On aura soin d'employer un extrait de ratanhia entièrement soluble : l'extrait préparé dans le vide, par M. Grandval, nous a paru très-convenable à cet objet.

On fera dissoudre l'iode dans une très-petite quantité d'alcool, et on le mélangera avec l'extrait de ratanhia dissous dans l'eau : le tout introduit dans un matras de verre, on laissera opérer la réaction pendant l'espace de quelques heures ; quand la combinaison aura eu lieu, on verra qu'il se sera formé un dépôt brun pulvérulent ; on le séparera au moyen du filtre ; on le lavera à plusieurs eaux, pour enlever tout l'iode qu'il pourrait retenir ; on réunira les colatures, on les fera réduire sur une assiette exposée à la vapeur de l'eau bouillante ; enfin, quand elles seront suffisamment concentrées, on y ajoutera le sucre de manière à former un sirop ; celui-ci aura une couleur rouge magnifique, son goût sera agréable, il contiendra invariablement 6 centigrammes d'iode par 30 grammes de véhicule ; il pourra être conservé sans altération et presque indéfiniment.

On aura soin de n'employer, pour faire ce sirop, que des vases de verre, ou bien des bassines en fonte émaillées.

USAGE EXTERNE. — *Solution iodo-tannique normale.*

La solution iodo-tannique neutre s'obtient en mêlant par trituration 5 grammes d'iode, 45 grammes de tannin, et 1000 grammes d'eau. La solution est complète au bout de peu de temps; on la filtre et on la concentre, par une évaporation ménagée, jusqu'à ce qu'elle soit réduite à 100 grammes, après avoir eu soin toutefois de bien l'examiner au papier amidonné.

Cette préparation pourra servir en injection dans les divers conduits recouverts d'une membrane muqueuse, tels que le canal de l'u-

rètre, le vagin ; elle peut être employée avec avantage, en gargarisme, dans les gingivites scorbutiques.

Solution iodo-tannique iodurée

Pr. Tannin	10	grammes.
Iode	5	grammes.
Eau	90	grammes.

℥ Opérez la dissolution par trituration et achevez-la, à l'aide d'une douce chaleur, dans un matras en verre, placé au bain-marie.

Cette solution offre l'avantage précieux de dissoudre l'iode complétement et de manière à ce qu'il ne se dépose jamais, quelle que soit la quantité d'eau avec laquelle on veuille l'étendre. Elle est soluble en toute proportion dans ce véhicule. Elle doit remplacer les solutions iodées faites avec l'intervention de l'alcool ou de la potasse.

Cette solution servira surtout à toucher les ulcères du col utérin, ceux qui surviennent aux gencives et déchaussent les dents, ceux qui ont leur siége à la voûte du palais ; elle peut être employée sur les vésicatoires dénudés, pour faire absorber l'iode, ou en fomentation sur les genoux tuméfiés, à la suite d'une hydarthrose ; étendue d'une plus grande quantité d'eau, elle peut servir en injections pour les grandes surfaces séreuses, comme le péritoine, l'hydrocèle, et les diverses tumeurs enkystées.

Telles sont les formules que nous proposons. Nous aurions pu en faire ressortir beaucoup d'autres : nous avons cru convenable de nous arrêter, laissant au temps et aux besoins qui naîtront le soin d'étendre à telle ou telle préparation la formule de nos solutions iodo-tanniques normales et de nos solutions iodo-tanniques iodurées.

OBSERVATION SUR LA FALSIFICATION DE LA LIMAILLE DE FER PAR LE SULFURE D'ANTIMOINE.

M. Reinsch dit, dans les Annales médicales, qu'on falsifie la limaille de fer avec le sulfure d'antimoine, et qu'on peut reconnaître cette fraude en mettant du mélange suspect sur un charbon que l'on chauffe à la flamme du chalumeau. Par la chaleur, la poudre se fond en partie et dépose sur le charbon une couche blanchâtre.

Nous pensons que l'on peut également se servir du barreau aimanté pour reconnaître cette fraude, que ce moyen sera tout aussi sûr que prompt; il permettra même de déterminer, d'une manière exacte, la proportion dans laquelle le mélange a été fait.

Stanislas Martin.

CORRESPONDANCE MÉDICALE.

NOUVELLE MÉTHODE ET NOUVEL APPAREIL DIT GLOSSOCOME POUR LE TRAITEMENT DES FRACTURES DU MEMBRE SUPÉRIEUR.

(Suite) (1).

FRACTURES DE L'EXTRÉMITÉ INFÉRIEURE DE L'HUMÉRUS.

Au dire de plusieurs chirurgiens, Dupuytren excepté, ces fractures seraient peu graves, parce qu'il n'y a pas grand déplacement, à cause de la largeur de l'os et des attaches du muscle brachial antérieur; aussi MM. Larrey et Hervez de Chégoin soutinrent devant l'Académie que, dans certains cas, le repos leur avait été suffisant. Sans contredire ces faits et l'opinion de ces savants chirurgiens, nous dirons que nous avons vu des consolidations vicieuses de ces fractures qui ont complétement compromis le membre, en ce sens que le triceps avait attiré le fragment inférieur en arrière, et que l'angle qui était résulté de la consolidation vicieuse empêchait la flexion de l'avant-bras. Dupuytren d'ailleurs, dans sa clinique, expose des faits assez analogues et des observations de ces fractures, où la tendance du déplacement en arrière ne saurait être mise en doute. En conséquence nous croyons que, dans des cas pareils, l'extension devient encore nécessaire et qu'elle est suffisante pour empêcher le malheureux résultat indiqué. Or, notre appareil, en agissant sur l'avant-bras fléchi, agit aussi sur le fragment inférieur de l'humérus, et cela avec d'autant plus de facilité que les muscles désignés sont dans le relâchement, ou plutôt dans un état de puissance négative à peu près égale. D'où il résulterait que, les os étant dans leurs rapports, la résultante de la puissance musculaire qui resterait agirait suivant l'axe du membre, et ne tendrait qu'à presser les fragments l'un contre l'autre; mais, pour cela, il faut que la flexion et les tractions qu'on y pratique, dans cette position, soient invariablement continues. Enfin la constriction vient encore ajouter une garantie de plus, et nous l'opérons au moyen de compresses graduées et de petites attelles, comme le pratiquait Dupuytren. Ces attelles sont maintenues par deux courroies sus-cubitales, qui embrassent la partie inférieure du bras, c'est-à-dire presque immédiatement le point fracturé.

Cette disposition donnée à notre appareil fournirait donc des avantages que ne sauraient promettre les moules en carton de Boyer, adoptés par MM. J. Cloquet et A. Bérard, et, à plus forte raison, les attelles latérales coudées de Henckel, Bottcher et Loffler.

(1) Voir la livraison du 30 janvier, page 60.

Obs. II. *Fracture comminutive de l'extrémité inférieure de l'humérus.* — En 1852, un homme d'une cinquantaine d'années, en descendant d'une diligence pendant qu'elle marchait encore, tombe, et la roue lui passe sur le bras. Appelé quelques instants après, je constatai du gonflement à partir de la partie moyenne du bras jusqu'au coude, ce qui donnait à cette portion du membre une figure pyriforme. En exerçant quelques mouvements au coude ou en faisant avec la main différents attouchements sur la partie, il semblait que l'on secouait ou que l'on comprimait un sac rempli de coquilles de noix. Aussi vis-je aussitôt que l'os avait été brisé par la roue en un très-grand nombre d'éclats, et que le cas pouvait devenir fort grave par une infinité d'accidents qui pouvaient se développer. Je disposai, en conséquence, mon glossocome comme dans le cas précédent, seulement je le munis préalablement de ses courroles constrictives.

Après avoir fait glisser la crosse du glossocome sous l'aisselle, je fixai le coude à sa partie inférieure, mais par une courroie extensive seulement, la courroie *sous-trochléenne*. Avec cette disposition, je pus procéder à l'extension en faisant marcher la coulisse du glossocome. J'y procédai fort lentement, et à mesure je cherchai à remettre les fragments en rapport et en position par de douces pressions. Le membre reprit sa longueur et une configuration assez naturelle, de manière même que je ne sentais plus le mouvement des fragments, ce qui m'assurait qu'ils avaient repris une position aussi bonne que possible. Je me bornai alors à faire appliquer au-dessus du coude et sur le bras des compresses imbibées d'eau fraîche aiguisée avec de l'eau-de-vie camphrée, recommandant de renouveler fréquemment ces applications, et me réservant plus tard d'établir une compression au moyen des courroies constrictives et des attelles. Le lendemain, malgré les applications fraîches, on observait un peu plus d'engorgement, mais surtout de la chaleur. Je pratiquai, en conséquence, une saignée, et, pour lutter plus sûrement et plus efficacement contre les tendances inflammatoires dont une telle fracture me menaçait, je recommandai une diète absolue, des boissons délayantes et le séjour au lit. J'établis d'ailleurs des coussins sur lesquels j'appuyai le glossocome et, par conséquent, le bras, de telle manière que le coude fût dans une position parfaitement horizontale, ce qui, en facilitant la circulation veineuse, m'aidait à lutter contre la stagnation, que je combattais toujours avec les mêmes applications topiques.

Toutes ces indications remplies, je fus assez heureux pour voir diminuer l'inflammation dès le dixième jour, et celle-ci s'étant complétement dissipée au dix-huitième, je crus pouvoir établir une légère compression qui devait aider à régulariser la position des fragments et peut-être contribuer ici, comme le croyaient les anciens, et Duverney entre autres, à contenir les matériaux du cal dans de justes limites.

J'exécutai cette compression au moyen de trois compresses qui me servirent de coussins, et de mes trois attelles qui y correspondaient, le tout maintenu par les courroies constrictives. De ces trois compresses, pliées chacune en plusieurs doubles, et des trois attelles, l'une était placée à la partie postérieure du membre, l'autre à sa partie antérieure, et la troisième à sa partie externe ; de sorte que le membre était ainsi comprimé et la fracture maintenue en tout sens, puisque le glossocome, placé en dedans, complétait la circonférence constrictive.

' Comme chaque jour il était facile de s'assurer de l'état du membre en enlevant les attelles et les compresses, qui étaient chacune distinctes et séparées, je profitai de cette facilité de pansement pour imbiber chaque fois les compresses dans le liquide résolutif. De cette manière, je ne cessai pas trop brusquement les applications topiques. Mais dès que la compression fut ainsi établie et supportée sans inconvénient, lorsque, partant, la fracture fut invariablement maintenue, je pansai à sec et je permis au malade de se lever et de s'habiller.

La suite du traitement ne présentant aucune particularité importante, je me bornerai à dire que j'enlevai l'appareil au cinquantième jour, que je le remplaçai par un bandage roulé, que le malade conserva quelque temps encore. Deux mois après, il ne restait, pour trace de cette fracture, qu'un peu d'engorgement de l'os, sensible seulement au toucher. Cet engorgement, ou plutôt cette hypertrophie osseuse, était nécessairement l'effet des cals nombreux, si l'on peut parler ainsi, qui avaient dû s'effectuer dans cette fracture comminutive, à la consolidation de laquelle le périoste, meurtri et lacéré, avait pu lui-même éprouver des modifications de texture. Au reste, cela n'avait rien de défectueux ni d'irrégulier à la vue, et il fallait une main chirurgicale pour s'en apercevoir.

Maintenant, je le demande, quel est l'appareil qui, dans des circonstances pareilles à celles dont je viens de faire l'histoire, pourrait être préféré à ma méthode et à mon glossocome? Quel est celui qui remplirait si facilement et si commodément, je ne dirai pas toutes les indications, mais toutes les exigences de la fracture, des jeux organiques physiologiques et des accidents pathologiques qui se sont présentés dans l'observation précédente? J'éloigne tout d'abord un appareil à bandage roulé, et j'établis tout de suite qu'il n'y aurait que le bandage de Scultet et celui de M. Seutin, incisé, qui pussent prétendre à remplir de telles indications. Mais chacun d'eux ne portant aucun moyen hyponarthécique qui pût fournir des points d'appui à l'extension et à la contre-extension, la contention n'aurait jamais pu se faire que par la constriction. Alors, qui peut dire si cette constriction n'aurait pas favorisé les tendances inflammatoires qui se manifestaient? Jamais on ne pourra faire admettre qu'une constriction prématurée, ainsi pratiquée sur des fragments anguleux qui doivent plus ou moins irriter les chairs, d'ailleurs déjà fort contuses elles-mêmes, fût sans danger. Quant au bandage de M. Seutin, eût-il été possible, et qui aurait osé l'appliquer? D'ailleurs, comme tous les bandages hippocratiques, il n'assure l'allongement du membre que par le moulage, c'est-à-dire la compression générale. Or, pouvait-on soumettre une pareille fracture tout d'abord à l'action de la compression? On dira bien : on l'aurait incisé; mais avant qu'il fût incisable, c'est-à-dire parfaitement sec, n'aurait-il pas pu déterminer les plus graves accidents? et lors même qu'on l'aurait incisé, ses valves solides auraient-elles prêté dans tous

les sens d'une manière suffisante ? Dans la commune de Valensolle, par l'application d'un bandage roulé, dans une fracture comminutive du coude, vingt-quatre heures après, la gangrène se manifesta, et ses progrès furent si rapides, que l'amputation devint nécessaire. Après bien peu de jours elle fut pratiquée, et cependant le malade succomba.

D'ailleurs, le bandage de M. Seutin, étant incisé, aurait-il été permis de combattre, et surtout d'empêcher, le développement inflammatoire par des applications d'eau froide? Certainement, dans l'entrebâillement de ses valves, il eût été assez difficile de faire pénétrer à tout instant des compresses mouillées, et cela eût-il été facile, quelques secousses auraient bien pu occasionner de douloureux ébranlements ; sans compter que l'imbibition aurait détruit le bandage, et, par conséquent, son action. Avec de tels appareils, toutes les ressources adjuvantes sont impossibles et le traitement est à chaque instant entravé ; il faut se confier inconsidérément à l'action aveugle du bandage.

Evidemment il n'y a que l'appareil dont se serait servi notre ancien et illustre ami M. Jobert de Lamballe, qui, dans ce cas, aurait pu convenir. Cet habile chirurgien aurait fait, comme nous le lui avons vu pratiquer dernièrement à sa clinique à l'Hôtel-Dieu, reposer le membre sur des coussins, le malade, étendu dans son lit, ayant un drap passé sous l'aisselle correspondante et fixé au haut du bois du lit pour pratiquer la contre-extension ; un pareil lieu appliqué à l'avant-bras aurait effectué l'extension. Mais quelle différence pour l'exactitude d'action, pour l'aisance du malade ! Ici, il est véritablement sur un lit de Procuste ; sans compter les soins minutieux, et peut-être infructueux, qu'il exigera. Faudra-t-il même aussi un bandage de Scultet pour pratiquer plus tard la compression? et alors quelle longueur dans les pansements, quel ennui s'il fallait le changer dans le cours du traitement ! Il n'y a vraiment que l'habileté même qui puisse se permettre de tels procédés, et si notre ancien camarade s'en sert avec beaucoup d'avantage et d'éclat, qu'il nous permette d'observer ici que les magnifiques exemples qu'il donne sont d'un enseignement dangereux, parce qu'ils trouveront nécessairement des imitateurs qui, n'ayant ni les aides intelligents qui secondent le chirurgien d'un grand hôpital, ni ce tact parfait d'une expérience consommée que tout le monde ne peut acquérir, pourront s'apercevoir trop tard que ce qui leur manquait était le génie qu'ils ont voulu copier.

Avec mon glossocome, au contraire, plus de dangers; car, sans rien changer, sans aucun nouveau déplacement possible, nous prévenons différents accidents et nous obvions à tous les obstacles. Avec les au-

tres méthodes, il faut, pour ainsi dire, à chaque circonstance son expédient particulier. Aussi, comme ces circonstances sont innombrables, la science ne peut les prévoir, et tout est abandonné à l'habileté du chirurgien. C'est ce qui fait qu'avec de pareils procédés, l'art seul existe et la science n'y a presque rien à voir.

Telle est une des particularités les plus remarquables et les plus essentielles de ma doctrine, qu'on y peut d'avance tout prévoir, puisqu'une fois le membre placé sur mes appareils, sans jamais le remuer, on trouve toutes les ressources qui peuvent devenir nécessaires dans tous les accidents ou toutes les complications possibles. Par ces motifs, je me défends hardiment d'avoir rien compliqué; car, si j'ai compliqué les instruments, j'ai rendu simples et faciles les moyens de remplir toutes les indications par toutes sortes de manœuvres chirurgicales.

Dr Dauvergne.
Médecin de l'hôpital de Manosque (Basses-Alpes).

BIBLIOGRAPHIE.

Traité des maladies du sein et de la région mammaire, par A. Velpeau, membre de l'Institut (Académie des sciences) et de l'Académie impériale de médecine, professeur à la Faculté de médecine, chirurgien de l'hôpital de la Charité, etc.

Une monographie de la pathologie mammaire était depuis longtemps l'un des desiderata de la science. Les articles de Boyer et d'A. Cooper, sur ce sujet, avaient vieilli et n'étaient plus en harmonie avec les progrès de la chirurgie contemporaine. Il y avait là une lacune à combler, et, cette tâche, qui avait au même titre que M. Velpeau mission pour la remplir? Qui mieux que lui était à même d'élucider les difficultés sans nombre dont le sujet est entouré? La position officielle qu'il occupe avec tant d'éclat dans l'enseignement et dans le prétoire académique, le vaste répertoire d'observations que lui offre une clientèle privée étendue, jointe à la mine féconde qu'il exploite, depuis plus de trente ans, dans les divers services des hôpitaux : toutes ces circonstances réunies expliquent la masse importante de matériaux que l'illustre chirurgien a apportés à l'édification de son œuvre. On conçoit que M. Velpeau était assez riche de son propre fonds pour s'appuyer presque exclusivement sur son expérience personnelle et pour être en droit de la mettre au-dessus de celle de ses devanciers; et c'est ce qui donne à son livre un caractère d'individualité, un cachet tout particulier d'originalité par lequel il se recommande à l'attention toute spéciale des praticiens.

Dès l'exposition se révèle la pensée intime de l'auteur. Il distingue les maladies du sein en bénignes et malignes, et, par cette division primordiale, on pressent toute l'importance qu'il mettra à isoler des affections cancéreuses, celles qui ont bien pour l'observateur superficiel quelques traits de leur physionomie, mais qui s'en détachent d'une manière tranchée par l'innocuité. C'est là une méthode artificielle, si l'on veut, mais toute pratique cependant; car elle répond à l'objet principal des préoccupations de l'homme de l'art, en présence d'un certain nombre des maladies du sein. Elle a en même temps cet avantage qu'elle va au devant des craintes, légitimes parfois, plus souvent encore exagérées, qui assaillissent l'esprit des malades. La question ainsi posée, l'auteur s'adresse au mode d'évolution morbide pour caractériser les différentes affections ; il en forme deux groupes : l'un pour les maladies compliquées de phlegmasie, l'autre pour celles qui sont, dès le début ou dans la suite, étrangères à l'inflammation. Qu'une critique sévère puisse, dans le plan que nous indiquons, reprendre quelques vices de forme qui résultent d'une élaboration incomplète, l'auteur lui-même ne s'en défend pas. Son livre, il l'avoue avec candeur, a été fait à plusieurs reprises; il n'est encore qu'une ébauche; au point de vue scientifique ou doctrinal, comme sous le rapport pratique, il attend beaucoup de l'avenir : tout cela n'empêche pas qu'il n'atteigne, dans le présent, son but essentiel, qui est de faire rentrer dans le cadre qu'il s'est tracé toutes les questions dont l'examen ressort d'une étude approfondie du sujet.

Une analyse méthodique nous entraînerait trop loin. Forcé de nous restreindre, nous ne suivrons pas l'auteur pas à pas dans les articles qu'il a consacrés aux maladies de l'auréole et du mamelon, aux différentes sortes d'abcès mammaires sous-cutanés, parenchymateux et sous-mammaires. Ces idées, développées dans plusieurs articles publiés dans ce recueil même, sont aujourd'hui classiques et servent de guide à tous les praticiens. Qu'il nous suffise de dire qu'à chaque page, à côté de l'observateur habile, familier avec les détails infinis de la clinique, se montre le thérapeutiste ingénieux et sagace, qui recherche avec soin les indications multiples que chaque cas comporte, les pose avec précision et clarté, et y répond d'une manière victorieuse; heureux de condescendre, quand il le peut sans préjudice, aux appréhensions des malades, et de donner en pareille occurrence à la matière médicale le pas sur l'instrument tant redouté : comme, par exemple, pour les abcès du mamelon, dont l'ouverture spontanée n'entraîne, par rapport à l'ouverture artificielle, qu'un délai insignifiant dans la guérison; pour les kystes séreux, tumeurs hydatiques de Cooper et de Warren, auxquelles M. Velpeau applique, préférablement à l'incision, ces mêmes

injections iodées, dont il a fait un si heureux usage dans le traitement des cavités closes et accidentelles. Sur un autre terrain que l'auteur affectionne, et qu'il s'est plu à défricher avec une sorte de complaisance, je veux parler du traitement des tumeurs adénoïdes, il met avant tous autres les moyens chirurgicaux, non pourtant que la médication résolutive, maniée avec une énergie soutenue, avec persévérance, ne donne parfois d'heureux résultats. M. Velpeau en cite quelques observations; il y a plus, il est des exemples dans lesquels on voit la nature se suffire à elle-même, et c'est ainsi qu'il a été donné à nous-mêmes de voir des guérisons inespérées avoir lieu par les seules ressources de l'organisme. C'est que, bien différentes des tumeurs malignes, les tumeurs adénoïdes, élastiques, souples, mobiles, roulant sous le doigt qui les presse, n'ont, comme l'indique M. Velpeau, aucune continuité avec les tissus, les organes au milieu desquels elles se développent; ce sont des parasites qui empruntent une loge, un domicile à l'économie, mais qui n'influencent nullement l'état fonctionnel; qui, une fois enlevés, par exemple, ne récidivent que par exception, et ne sont que bien rarement le siége de transformations fâcheuses. Que les chirurgiens un peu répandus fassent appel à leurs souvenirs, et ils retrouveront, j'en suis sûr, des tumeurs semblables qu'ils ont enlevées, persuadés qu'ils avaient affaire à des squirrhes, et qui n'ont pas repullulé. Or, de cette non-récidive, à quelle cause en attribuaient-ils l'honneur? A eux-mêmes, à leur esprit de décision, à l'opération faite à temps. Qu'ils lisent le traité de M. Velpeau, ils auront l'explication de ces bonnes fortunes de leur pratique.

Désormais, à l'aide des signes que le savant chirurgien de la Charité indique, l'homme de l'art le moins expérimenté pourra conclure, avec autorité, à la guérison de ces tumeurs si communes dans la pratique, que M. Velpeau, lui-même, décrivait déjà, en 1830, sous le nom de fibrineuses, que M. Cruveilher a depuis appelées mammaires chroniques, et qui reparaissent, aujourd'hui, sous un aspect plus consolant, sous la dénomination d'adénoïdes. En burinant les traits des tumeurs adénoïdes, désormais acquises à l'histoire de l'art, en écartant de cette question les nuages qu'y avait amoncelés la discussion académique de 1844, en dégageant l'inconnu de ce problème insoluble, au dire de MM. Roux, Cruveilher, Blandin; en revendiquant sur les empiétements du cancer une partie usurpée de son domaine, M. Velpeau, et ce sera sa gloire, a rendu un immense service à l'humanité; n'est-elle d'ailleurs pas assez large la part des tumeurs malignes, de celles qui menacent si fatalement l'existence? On sait combien est commun le cancer, dans la région qui nous occupe.

C'est à ce point que le cancer du sein, en raison de sa fréquence, a été pris pour type des descriptions du cancer général, et que la première idée qu'éveille la présence d'une tumeur mammaire, quelle qu'elle soit, chez la femme, c'est l'idée d'un cancer ; de là même naissent ces prétendues tumeurs qui n'ont d'existence que dans l'imagination, et dont il est si difficile parfois de faire revenir les malades. Et qu'on ne croie pas que ces aberrations de l'esprit, fruit d'une sensibilité surexcitée, ne se montrent que dans les salons, il n'est pas rare d'en voir des exemples chez les femmes du peuple; c'est une monomanie qui se prolonge durant plusieurs années, et qui ne cède qu'à grand'peine à l'influence de la médecine morale.

Le cancer de la mamelle se montre sous trois formes principales : le squirrhe, l'encéphaloïde, le fibro-plastique, qui semblent quelquefois se suivre, mais qui, le plus souvent, conservent, du commencement jusqu'à la fin, des caractères cliniques très-dissemblables. M. Velpeau esquisse avec une vérité saisissante les traits caractéristiques de chacune de ces classes ; qui chacune se subdivisent en espèces, toutes animées d'un pouvoir destructeur, mais non pas au même degré. D'abord, pour ne parler que du squirrhe, c'est le squirrhe rayonné, le plus dangereux de tous, parce qu'il pousse des racines dans toutes les directions, et qu'il est très-difficile de les extirper en entier, quand on en pratique l'ablation. C'est le squirrhe atrophique, ratatiné, qui se concilie avec un assez longue existence, et semble même n'en pas toujours abréger le terme. C'est enfin le squirrhe tégumentaire (cancer de la pire espèce), qui présente ici des plaques disséminées, et ailleurs s'étend, se généralise, au point d'étouffer, comme sous un cercle de fer, les malheureuses malades.

Je me borne à cette incomplète énumération, et laisse de côté le cancer encéphaloïde et ses diverses transformations, le cancer mélanique, chondroïde, fibro-plastique, kéloïde, épithélial, que l'auteur passe successivement en revue, les étudiant tour à tour dans leur nature et leur production, dans leur mode d'évolution, dans leur action sur l'économie, dans les divers produits anormaux qui les constituent, enfin dans les divers moyens curatifs qui leur sont applicables. A ce propos, il fait justice de cet axiome banal, qui a cours parmi les praticiens timorés ou inhabiles, qu'il y a plus d'humanité à guérir dix tumeurs sans opération, qu'à en extirper habilement cinquante. Qu'ai-je besoin de dire que le savant chirurgien repousse de toutes ses forces cette feinte douceur qui va si bien aux préjugés du vulgaire, mais qui ne saurait entrer dans une tête scientifique? « Que les médecins, dit M. Velpeau, sachent une fois pour toutes que le cancer,

jusqu'à présent, est réfractaire aux topiques comme aux remèdes internes vantés contre lui. Quand un cancer existe, il n'y a qu'une chose à faire, c'est de l'enlever le plus tôt possible; temporiser, ce n'est pas seulement perdre son temps, c'est s'exposer à troubler la santé générale de la femme. » Il faut lire dans l'ouvrage même toutes ces considérations, qui sont d'une si haute portée pratique, pour se faire une juste idée du ton d'éloquente conviction avec lequel elles sont présentées.

On sent que c'est un maître qui parle, et que la dialectique puissante dont il fait preuve découle, non de la richesse souvent plus apparente que réelle de l'érudition, mais d'une source tout autrement féconde, des inspirations et des souvenirs qu'il trouve dans son propre fonds; cela même explique la défiance prudente qu'il montre, à l'endroit des découvertes microscopiques. Est-ce à dire qu'adversaire des innovations, M. Velpeau répudie le progrès ? Qui plus que lui est homme d'initiative ? qui a plus que lui encouragé la micrographie ? qui s'est plu davantage à favoriser ses travaux, à provoquer son témoignage ? Mais, en présence des variations de cette science naissante, de la cellule cancéreuse manquant dans le véritable cancer, et tout au contraire trouvée en énormes proportions dans des produits qui n'ont rien de cancéreux, de cette même cellule exclue du cancer labial, si actif, comme on sait, à repulluler, était-il possible au professeur de clinique de ne pas faire ses réserves; et, tout en tenant compte des données fournies par le microscope, de ne pas signaler les dangereuses erreurs auxquelles peuvent conduire les illusions décevantes d'une science qui, après tout, n'est pas encore faite, et de ne pas poser en principe, au point de vue du diagnostic, la prééminence des lumières tirées de la séméiologie et de l'observation ? Qu'on se rappelle, d'ailleurs, que M. Velpeau, l'un des professeurs les plus justement aimés de l'école de Paris, est suivi chaque jour d'un nombreux concours d'élèves, auxquels il distribue le pain de la parole; que ses écrits, lus en France et à l'étranger, exercent sur l'opinion médicale une influence marquée. Dans de pareilles conditions, un homme n'engage pas légèrement sa foi. *Il a charge d'âmes.*

L'ouvrage de M. Velpeau se termine par deux chapitres, l'un sur les maladies du sein chez l'homme, l'autre sur les mêmes maladies chez l'enfant; puis, viennent une série de belles gravures coloriées, représentant celles des tumeurs qui, pour être bien comprises, ont besoin d'avoir été soumises à l'œil. Du reste, le nouvel ouvrage de l'illustre maître se trouve déjà dans les mains de la plupart des praticiens qui se tiennent au niveau du mouvement de la science, et ils ont pu apprécier, comme nous, la richesse d'enseignements pratiques qui s'y trouvent consignés.

BULLETIN DES HOPITAUX.

Premier cas de mort, à la suite de l'inhalation du chloroforme, dans les hôpitaux de Paris. — Depuis sept années que les inhalations anesthésiques ont été introduites dans la pratique de nos hôpitaux, nous n'avions pas encore enregistré de cas de mort qu'on dût rapporter nécessairement à l'action de ces agents. Les deux ou trois faits qui ont été observés, en 1848, avaient été rapportés, avec juste raison, à la gravité des opérations pratiquées, et surtout à l'ébranlement nerveux subi par les malades. Ces hommes étaient, en effet, des blessés dans les affaires de juin, auxquels il avait fallu désarticuler ou le bras ou la cuisse. Dans les deux cas qui se sont produits depuis cette époque, la mort avait toujours eu lieu huit et quinze heures après la cessation des inhalations, à la suite d'opérations de hernies étranglées, de sorte qu'on pouvait encore rapporter l'issue fatale à la nature de la maladie. Les annales de la science contiennent, on le sait, bon nombre d'observations de cas de mort de hernieux ayant succombé rapidement, alors que l'étranglement avait été levé, soit par le taxis, soit par l'opération. Aujourd'hui, il n'en est plus de même : nos hôpitaux viennent de payer leur dette au nécrologe du chloroforme. Voici l'observation communiquée à la Société de chirurgie par le jeune chirurgien entre les mains duquel cet accident est arrivé.

« Je viens de voir se produire sous mes yeux, a dit M. Richard, et sans qu'il m'ait été possible de pouvoir en prévenir l'issue funeste, un nouveau cas d'empoisonnement par le chloroforme chez une femme, âgée de quarante ans, que je me disposais à opérer d'un polype. La malade, bien que pâle et dans un état subanémique, présentait néanmoins les attributs de la santé, et ses forces n'avaient nullement fléchi. Elle se trouvait dans les conditions physiologiques où sont beaucoup de malades qui sont opérés journellement, après avoir été soumis aux inhalations anesthésiques. » Prenant toutefois en considération, d'une part, l'écoulement sanguin utéro-vaginal, qui, ayant eu lieu à plusieurs reprises, avait nécessairement diminué l'énergie vitale et la force de réaction de cette femme ; tenant compte, d'autre part, du peu de douleur que l'opération devait produire, ce chirurgien insista vivement, à plusieurs reprises, pour qu'elle consentît à être opérée sans l'intervention du chloroforme. Celle-ci s'y refusa invinciblement, disant qu'elle ne consentirait jamais à se laisser extraire du ventre une grosseur, sans être endormie.

Devant ce parti pris, M. Richard se décida à la soumettre à l'inha-

lation. « Après avoir placé la malade dans la position horizontale, je versai, dit-il, une certaine quantité de l'agent anesthésique sur une compresse, que moi-même je plaçai à une distance suffisante de l'entrée des voies respiratoires, pour que l'air pût se mêler facilement aux vapeurs anesthésiques. La respiration continua à se faire librement et régulièrement. A deux reprises différentes, je versai une nouvelle quantité de chloroforme sur la compresse. Les symptômes de l'anesthésie ne tardèrent pas alors à se manifester, la période d'agitation fut assez marquée ; on eut besoin de déployer une certaine force pour maintenir surtout les membres inférieurs. » On plaça alors la malade sur le bord du lit, en la faisant pivoter sur elle-même. M. Richard, se disposant à opérer, remit alors la compresse à un élève, lui recommandant d'y verser encore quelques gouttes de l'agent anesthésique. A peine le chirurgien avait-il jeté une ligature autour de la base du polype, qu'il est averti par un aide que le pouls ne bat plus : la peau était déjà presque froide ; la face d'une pâleur extrême ; la respiration, ralentie, continuait néanmoins à se faire ; la compresse, depuis quelques secondes déjà, avait été éloignée du visage. En toute hâte, la malade est placée la tête en bas et les jambes élevées, tandis que des pressions régulières et cadencées sont pratiquées sur le thorax et l'abdomen. Divers excitants sont placés au-devant des narines ; en même temps on pratique la flagellation de la façon la plus énergique, et, à plusieurs reprises, on excite, par des titillations répétées, l'arrière-gorge et l'entrée du larynx. Dix minutes ont été employées à ces diverses manœuvres, mais la malade ne présente aucun signe d'amélioration dans son état ; le cœur ne fait entendre aucun battement, la respiration est à peine sensible. En présence de ces phénomènes, M. Richard pratique la trachéotomie, afin de pouvoir établir plus facilement la respiration artificielle : ce moyen échoue comme les autres. L'électricité est mise en œuvre à son tour, mais sans plus de succès. Enfin, après une heure de tentatives énergiques, tous les assistants demeurèrent convaincus que la vie, chez cette malade, était éteinte sans retour.

Le récit de ce fait a produit une profonde impression, et, comme témoignage de sympathie envers M. Richard, la Société de chirurgie a nommé une Commission pour assister ce jeune confrère dans l'autopsie de la malade. Cet examen n'a révélé aucun fait digne d'être mentionné, si ce n'est peut-être l'absence de caillots et de bulles d'air dans le cœur et les gros vaisseaux.

Tumeur cancéreuse de la face.—Insensibilité du malade produite par l'ingestion d'environ trente grammes de sirop diacode. — M. le professeur Gerdy, à propos du fait malheureux communiqué par M. Ad. Richard, a rappelé l'attention de la Société de chirurgie sur les résultats remarquables que, dans certains cas, on a pu obtenir de l'emploi des préparations opiacées, pour émousser la sensibilité des malades. A l'appui de cette proposition, le savant chirurgien a cité l'observation d'un jeune garçon, qu'il a publiée, il y a plus de vingt années, dans sa thèse sur les polypes. Sous l'influence de l'action d'environ 30 grammes de sirop diacode, le petit malade a pu subir, sans manifester la moindre souffrance, non-seulement la mutilation d'une partie de la face, mais encore des cautérisations étendues et profondes avec le fer rouge. Ce fait est assez important pour que nous en rappelions les circonstances principales.

Obs. Bogenval, âgé de dix ans, entre à l'hôpital Saint-Louis, le 13 juin 1833, dans le service de M. Gerdy, pour y être traité d'une tumeur volumineuse qu'il porte au côté droit de la face. Cette tumeur s'étend de la base de l'orbite et de l'apophyse zygomatique à la commissure des lèvres. Elle fait une saillie molle, pâteuse, au delà de l'isthme du gosier, et semble aller jusque derrière l'apophyse ptérygoïde. L'œil, insensible à la lumière, est projeté en avant de l'orbite. Du mucus épais, fétide, s'écoule de la narine, et le petit malade répand une odeur infecte et repoussante. Les symptômes les plus graves sont des hémorrhagies fréquentes et abondantes; les pertes de sang sont telles, que M. Gerdy, craignant de voir succomber cet enfant, fort affaibli déjà, n'hésite pas à enlever cette tumeur. « Et cependant, dit M. Gerdy, l'enfant était indocile et ne voulait pas se laisser opérer; il pouvait se livrer à des cris, à des mouvements désordonnés et s'opposer à l'emploi des moyens hémostatiques nécessaires pour arrêter une hémorrhagie qu'il n'avait pas la force de supporter, sans courir le risque de mourir entre nos mains. De pareils dangers étaient peu rassurants; mais, en considérant qu'abandonné à lui-même, l'enfant n'avait plus que peu de temps à vivre, nous crûmes qu'il était de notre devoir d'opérer, qu'il y aurait de la lâcheté de reculer devant des obstacles qui nous effrayaient, et nous nous décidâmes définitivement à tenter la seule chance de salut qui restât pour cet infortuné. Pour prévenir son indocilité et engourdir sa sensibilité, nous lui fîmes prendre, une heure avant l'opération, une potion contenant 4 gros de sirop diacode. L'effet de cette potion paraissant peu marqué, on lui fit prendre, une demi-heure après, une cuillerée à bouche du même sirop.»

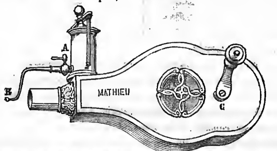
Nous n'avons pas à décrire ici le procédé opératoire suivi pour l'a-

blation de cette tumeur, dont l'étendue et la nature encéphaloïde présentèrent de grandes difficultés. On dut, en effet, aller chercher les racines du mal jusque derrière l'apophyse ptérygoïde, et même jusque dans les fosses temporale et ptérygo-maxillaire. Pendant toute la durée de cette première partie de l'opération, le petit malade, quoique parfaitement éveillé, n'accusait pas la moindre souffrance ; plus tard, lorsqu'il fallut détruire les débris de la tumeur qui avaient échappé à la dissection à l'aide de cautères rougis à blanc, l'enfant, pour ainsi dire, étranger à ces affreuses cautérisations, ne criait que lorsqu'on lui fermait l'œil sain pour ne pas l'épouvanter à l'approche des cautères incandescents; et, quoiqu'il parlât à tout instant, il ne témoigna jamais la moindre douleur. Les suites immédiates de l'opération furent des plus simples. Craignant que l'engourdissement de la sensibilité produit par le sirop diacode ne se prolongeât trop longtemps, M. Gerdy prescrivit quelques cuillerées de café. Le malade fut très-bien toute la journée. Les jours suivants, il eut peu de fièvre, conserva toute sa gaieté, et bavardait comme on le fait à son âge. Le petit malade succomba aux suites d'un abcès intra-crânien, treize jours après cette grave opération. Malgré son issue fatale, ce fait n'en conserve pas moins toute sa valeur, au point de vue du but que s'est proposé M. le professeur Gerdy.

L'emploi des substances narcotiques, destiné à émousser la sensibilité des malades qui devaient subir des opérations, est d'un usage fort ancien. Il était familier aux chirurgiens du moyen âge et au siècle dernier. Sassard, chirurgien de la Charité de Paris, a beaucoup insisté, par son exemple et ses conseils, pour faire administrer, avant les opérations graves et douloureuses, un narcotique approprié à l'âge, au tempérament et aux forces du malade. Son conseil, encore suivi quelquefois, dit M. Bouisson, le serait d'une manière plus générale, si les effets de l'opium étaient constants, si l'excitation ne prenait quelquefois la place de l'insensibilité que l'on cherche, si l'on n'avait à redouter des effets toxiques, des congestions cérébrales, des vomissements opiniâtres, et surtout si ces effets étaient peu durables et ne laissaient dans l'économie qu'une trace passagère et facile à maîtriser. A l'appui de ses remarques, le savant professeur de Montpellier rapporte une expérience qu'il fit, en 1836, avec son collègue, M. Bérard, et qui avait pour but d'éclairer un point de toxicologie. Un chien de forte taille, dans l'estomac duquel on avait introduit 12 grammes d'opium, ne tarda point à tomber dans la somnolence, mais le moindre bruit le réveillait en sursaut, et il retombait aussitôt. M. Bouisson ajoute : L'immobilité semblait absolue; mais touchait-on le bout de la queue,

ou un point circonscrit des membres postérieurs affaiblis, sans exercer aucune violence, aussitôt l'animal entrait en convulsion et témoignait d'une vive douleur. Cette exaltation excessive de la sensibilité, observée chez ce chien, prouve seulement que, pour émousser la sensibilité normale, il faut n'administrer que de faibles doses du médicament : le fait de M. Gerdy en est un exemple frappant.

Anesthésie locale par évaporation de l'éther. — Rien de plus difficile à généraliser qu'une pratique nouvelle ; mais, une fois le fait accompli, il n'est pas facile d'en enrayer le mouvement. Nous en sommes témoin en ce moment. Malgré les accidents, souvent funestes, qui se montrent à la suite des inhalations anesthésiques, les malades les réclament, et refusent de se laisser opérer si on ne les endort pas. On leur a prouvé qu'on pouvait les rendre insensibles aux plus grave mutilations, et ils veulent bénéficier de cette conquête de l'art. Si les accidents ne sont pas assez fréquents pour faire proscrire de la pratique la méthode anesthésique, ils sont toutefois assez nombreux pour



tenir désormais les praticiens en réserve, et n'en permettre la mise en œuvre que dans les cas d'opérations graves et douloureuses. Pour les opérations qui peuvent s'exécuter rapidement, les chirurgiens s'ingénient à multiplier les moyens d'anesthésie locale. Nous avons rendu compte des essais tentés dans cette voie. Tout en maintenant la prééminence des mélanges réfrigérants, nous devons signaler les résultats qu'obtient M. Richet de l'emploi topique de l'éther, dans les opérations qui intéressent seulement les parties superficielles. Ce chirurgien se sert d'une espèce de ventilateur, qui porte à sa partie antérieure un petit réservoir AB rempli d'éther. Le liquide tombe goutte à goutte sur le point du tégument qui doit subir l'action traumatique, et son évaporation est accélérée par un courant d'air continu, fourni par le jeu d'une roue à volants contenue dans l'intérieur de l'appareil. Ce procédé d'anesthésie locale est loin de fournir un résultat aussi complet que le mé-

lange de glace et de sel marin ; il est plus dispendieux. Cependant, comme on n'a pas toujours de la glace sous la main et que l'insensibilité des parties est assez complète pour permettre l'ouverture des abcès et l'ablation des tumeurs épithéliales sans provoquer de douleur, il est bon que les praticiens se familiarisent avec ce mode d'anesthésie locale. On peut remplacer l'appareil dont se sert M. Richet par l'emploi d'un soufflet d'appartement. Voici comment l'on s'y prendrait. On choisirait un flacon de la contenance de 40 à 50 grammes, à large goulot ; deux petites ouvertures, pratiquées à la circonférence du bouchon, permettraient d'y placer deux tuyaux de plume. A l'aide de ce petit appareil, l'éther coule d'une manière continue sur la partie sur laquelle on se propose d'opérer ; un second aide, armé d'un soufflet, active l'évaporation de l'agent anesthésique. Le chirurgien, à l'aide de pressions du doigt, interroge la sensibilité des tissus ; et lorsqu'il juge qu'elle est suffisamment émoussée, il opère.

RÉPERTOIRE MÉDICAL.

ACCOUCHEMENT PRÉMATURÉ ARTIFICIEL *provoqué avec succès par les douches intra-vaginales (Nouveau cas d')*. Nous avons déjà publié plusieurs faits à l'appui de cette pratique nouvelle ; la manière dont l'expérimentation du moyen a été conduite, dans l'observation suivante, nous engage à la mettre sous les yeux des praticiens. Sur une femme dont le diamètre sacro-pubien mesurait seulement deux pouces dix lignes, M. Aubinais, de concert avec M. Taral, résolut de provoquer l'accouchement à sept mois et demi. Dans ce but, il eut recours aux douches intra-vaginales ; mais, voulant bien juger de la valeur de ce moyen, il ne lui associa aucune médication interne ou externe. Trois douches, de quatre minutes de durée chacune, furent données par jour. Dès le septième, apparurent des tranchées, d'abord espacées, puis de plus en plus rapprochées ; le col se dilata graduellement. Pour mieux voir ce que pourraient les douches seules, on s'abstint même de déchirer la poche des eaux, qui faisait saillie. Néanmoins l'accouchement se termina heureusement le soir même, c'est-à-dire trois jours après que les douches avaient été commencées. La mère se rétablit comme après un accouchement à terme ; quant à l'enfant, quoiqu'à sa naissance il parût constitué de manière à devoir vivre, transporté à la campagne par un temps froid et pluvieux, il succomba le second jour. — Depuis six mois, M. le professeur Dubois a mis de nouveau la nouvelle méthode deux fois en pratique à l'hospice des cliniques, dans des circonstances semblables et avec un succès toujours constant. Ces faits ne doivent donc plus laisser aucun doute sur l'avenir des douches intra-vaginales ; elles sont destinées à devenir le moyen classique par excellence. (*Journal de la Soc. acad. de la Loire-Infér.*)

BROMURE DE POTASSIUM. *Son action sédative sur les organes de la génération.* Le petit nombre d'agents médicamenteux qui jouissent de cette sorte d'action nous engage à signaler les bons résultats qui, d'après un médecin russe, suivent l'emploi du bromure de potassium contre le priapisme, lorsqu'il accompagne certaines formes de blennorrhagie. Outre l'administration de ce sel à l'intérieur, le docteur Thielmann conseille l'emploi local, sur le pénis, de compresses d'eau tiède recouvertes de taffetas gommé, pour empêcher l'évaporation. Le bromure semble avoir réussi entre les mains de ce praticien contre les satyriasis

et les pollutions nocturnes. La formule qu'il emploie est la suivante :

Bromure de potassium. . . 1 à 2 gram.
Sucre en poudre. . . . . . 6 gram.

Mêlez et divisez en douze paquets égaux, à prendre toutes les deux heures. (*Medic. Zeit. Russland's*, et *Gaz. hebd.*, avril.)

CHORÉE (*Emploi du nitrate d'argent, à l'intérieur, dans la*). On connaît le nombre et la diversité des moyens thérapeutiques conseillés dans le traitement de cette maladie; vouloir les rappeler serait entreprendre une énumération stérile. Le médicament dont l'emploi vient d'être vanté en Allemagne ira peut-être grossir le nombre des agents nouveaux prisés outre mesure, et puis rapidement oubliés. Cependant nous croyons devoir en faire la mention. 15 centigr. de nitrate d'argent sont dissous dans 15 gr. d'eau; on donne chaque jour, en commençant, trois cuillerées à café de la solution ; en augmentant chaque jour la dose, on atteint sept cuillerées par jour. Cette dose détermine la diminution, la cessation des accidents convulsifs. L'amélioration une fois produite, on a soin de continuer quelque temps encore le médicament à doses décroissantes. (*Journ. fur Kinder.* et *Gaz. hebd.*, avril.)

ECZEMA RUBRUM *de la jambe* (*Utilité des bandages dans le traitement de l'*). C'est une maladie si souvent rebelle à nos moyens thérapeutiques que l'eczéma rubrum des membres inférieurs, que nous pensons être agréable à nos lecteurs en leur faisant connaître les préceptes suivis par M. Chapman, après une longue expérience, pour le traitement de cette affection. « La première chose à faire, dit-il, c'est de faire garder le repos au malade, sur un lit ou sur un sofa, et lorsque l'inflammation est assez vive; c'est là une chose tout à fait indispensable. Malheureusement, il est trop souvent impossible aux malades de s'y soumettre, et; ce qui convient mieux alors, c'est l'emploi d'une espèce de bandage humide, sans exercer cependant une véritable compression. Dans les cas où l'inflammation est assez intense, il peut être nécessaire de recourir aux émissions sanguines locales. Mais ce qui est capital dans ce traitement, c'est l'enveloppement du membre, préalablement lavé avec une faible décoction d'orge, dans des compresses trempées dans de l'eau blanche tiède ou de la glycérine, et, à la suite, l'application d'un bandage roulé, pas trop serré, en ayant soin de revenir plusieurs fois par jour à ces lotions, en imprégnant le bandage, qui ne doit être renouvelé que toutes les vingt-quatre heures. Dans certains cas, il faut toucher légèrement la peau enflammée avec un pinceau trempé dans une solution de nitrate d'argent (0,10 pour 30 gram. d'eau distillée). A chaque réapplication du bandage, on voit les squammes épidermiques se détacher sans la moindre irritation. Les purgatifs salins doivent être associés à ce traitement; mais, néanmoins, l'auteur préfère les diurétiques, un mélange, par exemple, de l'acétate et du nitrate de potasse, du vin de colchique.

A l'état chronique, l'eczéma rubrum réclame surtout l'emploi des astringents en pansements, ainsi les lotions de créosote, de chlorure de chaux, qui sont de beaucoup préférables aux pommades. A mesure que la peau revient à sa structure normale, le bandage ne doit pas être renouvelé aussi fréquemment, tous les deux ou trois jours par exemple, en ayant soin cependant de l'humecter avec quelques solutions astringentes. Enfin il ne faut pas renoncer prématurément à ce traitement, surtout s'il y a des veines variqueuses. (*Treatment of obstinate ulcers and cut. eruptions, etc.* 1853.)

HOQUET (*Bons effets de la teinture aromatique sulfurique dans un cas de*). On est quelquefois à bout de ressources dans le traitement de cette incommodité, aussi les moyens que l'on a recommandés sont-ils et nombreux et variés. Dans un cas de hoquet datant de huit jours, chez un fermier adonné aux boissons alcooliques, M. le docteur Ossieu, après avoir eu recours inutilement aux moyens connus, même ceux recommandés le plus récemment, le chloroforme en potion et en inhalation, l'ammoniaque en potion et porté dans l'arrière-gorge au moyen d'un pinceau, etc., eut l'idée d'employer l'acide sulfurique, d'après la méthode de Sehneider, dont voici la formule :

PR. Elixir vitriolique de Mynsicht (teinture aromatique sulfurique du Codex) . . . . 15 grammes.
Sirop de groseilles. . 45 grammes.

60 gouttes toutes les demi-heures, dans trois cuillerées d'eau. — Dès la première heure, le hoquet disparut. Le médicament ne fut pas continué au delà de deux heures, son action prolongée pouvant avoir des inconvénients. (*Ann. de Roulers.*)

IODURE DE ZINC (*Chorée hystérique traitée avec succès par le sirop d'*). Nous faisons connaître avec intérêt l'application qui vient d'être faite, par M. Barlow, de ce nouveau sel de zinc au traitement de la chorée hystérique. C'était une jeune fille de seize ans, réglée seulement depuis trois mois, qui vit paraître, à l'époque de sa troisième menstruation, des mouvements choréiques dans les muscles volontaires, surtout dans ceux des membres, qui étaient dans un état continuel de jactitation. A son entrée à l'hôpital de Guy, cinq jours après, on constatait que les bras étaient dans un mouvement continuel, les jambes aussi, mais à un moindre degré; les muscles de la face étaient également affectés, contournant la face de la manière la plus hideuse. La malade fut traitée sans succès pendant trois jours par une décoction d'aloès avec addition de teinture de valériane; un vésicatoire fut appliqué en outre le quatrième jour, et la mixture continuée. Le neuvième jour, on commença l'administration de la coloquinte et du calomel, la malade étant constipée. Le treizième jour, la jeune malade était déjà beaucoup mieux; la parole surtout était plus naturelle. On commença le sirop d'iodure de zinc, à la dose de 2 gram. matin et soir, avec du calomel. Le dix-septième jour, les mouvements désordonnés étaient bien moindres; les gencives commençaient à se prendre. On continua le sirop. Le vingt-unième jour, l'amélioration était extrêmement marquée; la malade pouvait manger seule, et, quatre jours après, elle dînait au réfectoire général. Le sirop d'iodure de zinc a été encore continué quelques jours, ainsi que la décoction d'aloès. La guérison s'est consolidée, et après trois mois la malade quittait l'hôpital. — Le mélange de diverses médications est trop évident dans l'observation précédente, pour qu'on puisse rien en conclure en faveur de ce nouveau médicament, et il y a de plus une lacune très-regrettable, en ce que l'auteur ne nous donne pas la composition exacte de son sirop. Mais, en supposant que ce soit celle du sirop d'iodure de fer de la pharmacopée d'Edimbourg, qui contient ce sel au quinzième, il en résulterait que la malade aurait pris à chaque dose du sirop d'iodure de zinc un peu plus de 5 centig. de ce dernier sel. Toujours est-il que c'est là un sel extrêmement actif, qui mérite d'être expérimenté par les médecins. (*The Lancet*, décembre.)

NÉPHRITE ALBUMINEUSE (*Bons effets de l'infusion de fleurs de genêt dans un cas de*). Nous signalions, il y a quelques années, les bons effets que M. Rayer avait obtenus de l'emploi de l'infusion de fleurs de genêt dans la néphrite albumineuse. Nous trouvons dans un journal espagnol un fait qui vient à l'appui des assertions du savant médecin de la Charité.

Un jardinier, âgé de quarante ans, entra à l'hôpital de Cadix pour une anasarque qui datait de trois semaines, et qui faisait chaque jour des progrès. Deux ans auparavant, il avait eu également une enflure, dont il avait été guéri rapidement à la suite d'une friction; celle qu'il avait aujourd'hui reconnaissait pour cause, suivant lui, un refroidissement qu'il avait subi pendant un voyage sur mer, toujours exposé à l'humidité, et ayant en outre vécu, pendant ce voyage, de vivres avariés. Quelques jours avant son arrivée à Cadix, et même pendant son voyage, il avait commencé à éprouver de la perte d'appétit, du dégoût pour les aliments et pour le mouvement, et il avait même remarqué un peu de gonflement œdémateux autour des malléoles. Un petit voyage à pied, qu'il avait fait après son arrivée, avait encore aggravé son état et augmenté l'enflure, qui s'était étendue aux jambes et aux cuisses. Il entra alors à l'hôpital, où on lui pratiqua quatre saignées et où on lui appliqua trois vésicatoires. Mais l'enflure s'étendit au tissu cellulaire du tronc, de sorte que lorsqu'il fut soumis aux soins de M. Grazia y Alvares, le 23 juillet dernier, l'anasarque était portée au point de donner à cet

homme un aspect hideux ; tout le tissu cellulaire sous-cutané était fortement tendu et résistait à la pression, d'un blanc mat, et la chaleur de la peau un peu augmentée. Anorexie, resserrement du ventre, dyspnée, pouls fréquent et petit, les urines étaient épaisses, troubles, rougeâtres, et précipitaient abondamment par l'acide nitrique.

Soumis immédiatement à l'emploi de la tisane de fleurs de genêt, un litre par jour, les urines ne tardèrent pas à devenir plus abondantes, moins troubles et moins rouges; l'œdème de la face diminua, ainsi que la difficulté de respirer, la chaleur à la peau et la fréquence du pouls. Le 28 juillet, les urines avaient encore beaucoup augmenté en quantité (un litre dans les vingt-quatre heures); elles étaient transparentes, de couleur jaune d'or, mais précipitaient abondamment par l'acide nitrique. L'anasarque avait diminué considérablement, et les autres symptômes généraux avaient disparu. Sans autre traitement que cette tisane, les urines commencèrent à se rapprocher des qualités normales, et même à revenir à une densité plus élevée; mais elles précipitaient toujours par l'acide nitrique et la chaleur. Le 3 août, il n'y avait plus trace d'anasarque; le 8, l'ascite avait disparu; enfin, le 13, le malade se trouvait si bien, que M. Alvarès lui permit de sortir, en lui faisant promettre de continuer le genêt; les urines ne précipitaient que très-faiblement par l'acide nitrique. M. Alvarès ne le perdit pas de vue, il lui fit prendre deux livres d'eau ferrugineuse et des aliments substantiels; bref, la guérison paraissait complète, et les urines ne précipitaient plus, ni par l'acide nitrique, ni par la chaleur, lorsque huit jours plus tard, à la suite d'une imprudence (il avait mangé à lui seul un melon et bu une bouteille de vin de Catalogne), l'œdème reparut à la face et au tronc. Le même traitement fut repris avec plus de sévérité, et après un dérangement qui dura huit jours, et pendant lequel les accidents semblèrent d'abord aller en croissant, tout rentra dans l'ordre. Mais le malade, qui était faible, résolut de s'en retourner au pays, et effectivement son rétablissement s'y confirma, au point qu'au mois de décembre dernier il n'avait pas eu de rechute, et continuait de se livrer aux travaux des champs. (*El Siglo medico*, février.)

OPERATION CÉSARIENNE. *Nouveau procédé de suture de la plaie utérine.* On sait que les accoucheurs sont assez partagés d'opinion relativement au mode de réunion à employer après l'opération césarienne; néanmoins, de nos jours, on se borne à réunir la plaie extérieure par plusieurs points de suture entortillée ou enchevillée, et la plaie de l'utérus est abandonnée à elle-même, à la rétraction des fibres utérines. Un fait observé dans ces derniers temps par un habile accoucheur de Rouen, M. Pillore, fait dans lequel cet accoucheur, ayant pratiqué l'hystérotomie dans les conditions en apparence les plus favorables pour une tumeur fibreuse irréductible de l'excavation pelvienne, a vu la malade succomber à un épanchement de sang dans l'abdomen, résultant de l'écartement des lèvres de la plaie, tendrait, par conséquent, à prouver que ce mode de pansement offre de graves inconvénients et ne s'oppose pas à beaucoup près, d'une manière certaine, à l'épanchement du sang et du liquide puerpéral dans la cavité péritonéale. M. Pillore a donc été conduit naturellement à conclure qu'il serait avantageux de réunir d'abord par une suture, qu'il propose d'appeler utéro-abdominale, chaque lèvre de la plaie utérine à la lèvre correspondante de la plaie abdominale, de manière à isoler de la cavité péritonéale la plaie et la cavité utérines, lesquelles vont sécréter incessamment des liquides dont le contact devra enflammer le péritoine. M. Pillore propose, en conséquence, le pansement suivant: 1° La suture dite utéro-abdominale, suture à points séparés, occupant le tiers inférieur de la plaie abdominale, destinée à réunir chaque lèvre de la plaie utérine à la lèvre correspondante de la plaie abdominale; et 2° une suture abdominale, suture enchevillée ou entortillée, ayant pour but de réunir entre elles les deux lèvres de la plaie abdominale dans leurs 2/3 supérieurs. Voici le procédé opératoire de la suture utéro-abdominale : supposons la plaie utérine réduite à 5 ou 6 centimètres, occupant le tiers inférieur de la paroi abdominale, qui a 16 centimètres

d'étendue, le fond de l'utérus arrivé au niveau de l'ombilic. Le chirurgien saisit, du pouce et de l'indicateur de la main gauche, l'angle inférieur de la plaie utérine et le point correspondant de la lèvre droite de la paroi abdominale; avec une aiguille courbe, solidement fixée à un porte-aiguille et arméed'un fil, il réunit, à sa partie la plus déclive, la lèvre droite de la plaie utérine à la lèvre correspondante de la plaie abdominale, noue les chefs de cette anse de fil, pendant qu'un aide dispose sur le porte-aiguille une autre aiguille armée de fil. Il fait de la même manière les autres points de la portion de suture utéro-abdominale destinée à réunir la totalité de la lèvre droite de la plaie utérine au tiers inférieur de la lèvre droite de la paroi abdominale; il procède de même pour réunir la totalité de la lèvre gauche de la plaie utérine au tiers inférieur do la lèvre gauche de la plaie abdominale. — Nous avons cru devoir faire connaître avec détail ce nouveau procédé de suture, parce qu'il nous paraît répondre à un inconvénient grave du mode de réunion généralement suivi dans les cas de ce genre; mais, en l'absence d'application de cette suture sur le vivant, on comprend toute notre réserve. C'est l'avenir qui jugera la question. (3e *Bull. des travaux de la Soc. de méd. de Rouen*, 1853.)

OXALURIE (*Emploi avantageux du phosphate de chaux dans l'*). On sait que, sous le nom d'oxalurie, on décrit un état morbide à formes assez mal déterminées, mais dont le caractère principal est la présence, dans l'urine, de cristaux nombreux d'oxalates. Les recherches de quelques auteurs anglais et allemands tendent à rattacher cet état morbide à des troubles de la digestion. Quoi qu'il en soit, il est des cas dans lesquels l'élimination de l'acide oxalique est assez abondante pour qu'on ait pu lui appliquer la dénomination de diathèse oxalique ou oxalurique. M. le docteur Kuchenmeister a publié, en 1852, dans les *Medicinische Zeitung*, une note sur l'administration du phosphate de chaux dans les cas où il existe des oxalates dans l'urine. C'est sur lui-même que ce médecin a vérifié les bons résultats de cette médication; atteint, depuis quatre années, de diarrhée chronique et d'autres troubles des organes digestifs, accompagnés d'un amaigrissement extrême et d'hypocondrie, l'urine était acide et très-riche en cristaux d'oxalate de chaux. Il n'y avait pas de cause bien appréciable pour ces symptômes. D'après l'avis de Bencke, M. Kuchenmeister prit, tous les jours, un des paquets suivants :

Br.	Lactate de fer...........	0,025
	Phosphate de chaux de	0,10 à 0,15
	Carbonate de chaux de	0.20 à 0.30

Après quatre-vingts jours de l'usage de ces paquets, les évacuations étaient devenues régulières, l'appétit et l'état général s'étaient améliorés, les cristaux d'acide oxalique avaient disparu. (*Med. Times and Gaz.*, 1853.)

RHUMATISME CHRONIQUE (*Bons effets de l'iodure de potassium dans certains cas de*). Bien que l'efficacité de l'iodure de potassium ait été vérifiée dans le rhumatisme chronique, par un très-grand nombre de médecins, dans ces derniers temps, il reste encore à déterminer quelles peuvent être au juste les indications de l'emploi de ce médicament. Huit observations, publiées par M. Handfield Jones, tendent à établir que c'est surtout dans les rhumatismes à forme mal déterminée, erratiques, et surtout dans les rhumatismes qui occupent les parois de la tête. Nous voyons cependant, dans les trois derniers cas, des douleurs ayant leur siége dans les membres inférieurs, dans les mains, dans les épaules, modifiées très-avantageusement par l'iodure de potassium. Mais, dans deux de ces cas, il a fallu administrer le chlorhydrate d'ammoniaque pendant quelques jours, pour achever de déraciner ces douleurs. En revanche, nous ne croyons pas que les doses administrées par M. Handfield Jones aient été suffisamment élevées pour imprimer au médicament toute l'autorité désirable; ainsi le plus ordinairement, en commençant, la dose d'iodure n'a pas été de plus de 20 ou 25 centigr., et plus tard il n'a pas été administré au delà de 0,50, associé à diverses substances médicamenteuses d'une qualité beaucoup moins éprouvée. Nous avons remarqué également que ce médecin avait été employé à administrer, dans plusieurs cas, du fer et du quinquina à l'intérieur. Le sel ammoniacal a été donné à la dose de 75 centigr. Dans

les deux derniers cas, et dans ce cas, les douleurs musculaires des épaules et des masses musculaires ont été très-sensiblement modifiées, à partir de l'administration de ce médicament. (*Association med. journ.*, 1853.)

VARIÉTÉS.

Nous n'avons rien à changer à ce que nous disions dans notre dernier bulletin, relativement à la marche du choléra à Paris. De temps en temps, on constate quelques cas nouveaux dans les hôpitaux où on y apporte des malades qui en sont atteints. Le 12 avril, il en existait encore 47 cas dans ces établissements, et déjà le chiffre total des invasions dépassait ce jour-là 1,227, sur lesquelles on compte plus de 588 décès. On voit que pour ne pas affecter la forme épidémique, le choléra n'en présente pas moins sa gravité habituelle. Le fait est que la maladie nous a paru, dans les cas qu'il nous a été donné d'observer, être la même que nous l'avons vue, lorsqu'elle régnait presque épidémiquement, il y a trois ou quatre mois. Le nombre des cas dans lesquels l'invasion est brusque paraît aussi toujours très-restreint, et la diarrhée prodromique est la règle, l'absence de diarrhée l'exception. Toute diarrhée doit donc, en ce moment, être surveillée avec soin et combattue par les moyens convenables, afin d'éviter la transformation possible en choléra confirmé.

La Société d'hydrologie vient de terminer sa session; quelque courte qu'ait dû être sa durée, puisque ses membres n'étaient point préparés à l'examen des questions difficiles que comportent les eaux minérales, ce début n'en a pas moins été marqué par des résultats remarquables. Parmi les divers points de l'étude des médications thermales, qui ont été traités, il en est deux qui ont fixé spécialement notre attention, c'est la discussion sur la valeur des piscines, puis celle du traitement du diabète par les eaux minérales et celles de Vichy en particulier. L'article de notre savant confrère, M. Durand-Fardel, que nous publions en tête de ce numéro, nous dispense de mettre en relief cette partie des travaux de la Société. Quant à la discussion sur les piscines, elle se trouve résumée dans les conclusions suivantes, rédigées par le Comité de publication.

« Le bain en piscine constitue un mode de la balnéation thermale qui peut, comme le bain en baignoire, rendre des services particuliers, au point de vue soit de la thérapeutique, soit de l'administration économique des eaux, et dont l'importance varie suivant la nature des eaux minérales et celle des maladies qu'on y traite.

« Parmi les piscines existantes, il en est qui paraissent installées d'une manière défectueuse, à cause du défaut de renouvellement de l'eau, du peu d'espace dont les malades disposent, de l'aération insuffisante, l'eau qui les alimente n'étant pas vierge.

« Il en est d'autres, au contraire, où l'eau renouvelée d'une manière satisfaisante, un espace suffisant ménagé aux mouvements des malades, des dimensions appropriées, répondent beaucoup mieux aux exigences de l'hygiène et aux besoins de la thérapeutique.

« La Société se propose de déterminer ultérieurement le cubage que l'on doit assigner aux piscines, eu égard au nombre des malades qu'elles sont destinées à recevoir.

« Parmi les conditions qui, au point de vue thérapeutique, semblent appartenir spécialement aux piscines, il faut signaler, comme les plus certaines et les plus importantes, la prolongation du bain et la facilité de l'exercice dans le bain. La durée du bain, nécessairement limitée à un temps assez court dans la baignoire, et par l'ennui et par des inconvénients plus sérieux, peut être prolongée, suivant le besoin, dans la piscine. Par l'exercice, il faut entendre non-seulement la natation là où elle sera possible, une gymnastique appropriée là où elle se trouvera indiquée, mais

encore la liberté des mouvements résultant de l'espace dont les malades peuvent disposer, et des déplacements qu'ils peuvent effectuer dans l'eau.

« Les piscines peuvent être utilisées pour l'assistance publique. Elles simplifient beaucoup le service dans un établissement thermal, en y apportant une grande économie, sous le rapport du matériel et du personnel.

« Quelques objections que l'on puisse faire contre l'usage des piscines bien installées, à propos du dégoût que pourrait inspirer le bain en commun, on s'accorde à reconnaître que ce mode de balnéation est généralement recherché par les différentes classes de la société.

« Les craintes relatives à la communication possible de germes nuisibles, par l'intermédiaire de l'eau, dans le bain en commun, sont purement théoriques et ne s'appuient sur aucun fait d'observation.

« Les piscines ont l'inconvénient de soumettre un certain nombre de personnes à une température uniforme, qui peut ne pas convenir également à toutes; mais il est facile d'y remédier, soit en multipliant les piscines à faibles dimensions, soit en établissant, dans les grandes piscines, des compartiments qui permettent d'en varier la température.

« Il convient d'imposer aux piscines une réglementation sévère, d'en éloigner, si ce n'est dans les établissements affectés spécialement au traitement des plaies ou des maladies de la peau, les personnes atteintes d'affections extérieures propres à inspirer l'inquiétude ou le dégoût, et de proscrire la réunion des deux sexes dans une même piscine. »

A la suite de la discussion sur la valeur de l'eau de Vichy dans le diabète, M. Mialhe a présenté quelques observations dignes d'intérêt, sur une question encore bien débattue : Les eaux de Vichy peuvent-elles donner lieu à la formation des calculs phosphatiques?

« Puisque nous sommes à la recherche des réactions qui peuvent avoir lieu dans l'économie par l'administration des bicarbonates alcalins, nous croyons important, dit M. *Mialhe*, de combattre par des faits chimiques l'opinion, reprochée aux eaux de Vichy, de favoriser et d'augmenter la déposition des phosphates triples (phosphate de chaux ammoniaco-magnésien) sur les calculs d'acide urique ou oxalique, et de donner lieu à des calculs alternants.

« Bien que cette objection ait été victorieusement combattue par plusieurs auteurs, et surtout par M. le docteur Petit, quelques praticiens la croient assez fondée pour baser sur elle l'interdiction formelle des boissons alcalines dans le traitement des affections calculeuses et gravelleuses. C'est un fait dont nous avons été témoin, l'année dernière, à Vichy.

« Nous allons d'abord vous montrer les phénomènes qui se produisent dans l'urine par l'introduction directe de l'eau de Vichy et de l'ammoniaque.

« 1° Par l'eau de Vichy, l'urine acide, l'urine ordinaire, ne forme aucun précipité : il y a échange de base entre les phosphates existants dans l'urine et les bicarbonates introduits, de sorte qu'il se forme des phosphates de soude et des bicarbonates de chaux et de magnésie, tous sels solubles et stables à la température animale, et ne précipitant que par l'ébullition.

« Déjà Darcet avait parfaitement constaté ce résultat (*Annales de chimie et de physique*, t. XXXI, p. 307).

« 2° Par l'ammoniaque, l'urine donne un précipité plus ou moins abondant, formé par du phosphate de chaux, par du phosphate de magnésie et par une certaine quantité de phosphate d'ammoniaque : les deux premiers étaient en dissolution dans l'urine, à l'état de phosphates acides ; le dernier a pris naissance au moment où les deux phosphates acides ont passé à l'état de phosphates neutres insolubles, en laissant en liberté leur excès d'acide phosphorique, qui s'est uni à l'ammoniaque.

« Or, de la réunion de ces trois phosphates résulte un mélange qui a précisément la composition du calcul de phosphate de chaux ammoniaco-magnésien, dit calculs fusibles.

« Les mêmes phénomènes ont lieu dans l'économie.

« Les urines des personnes qui vont à Vichy prendre les eaux changent immédiatement de nature et deviennent alcalines : les phosphates de chaux et de magnésie, en présence des bicarbonates introduits, se transforment, ainsi que nous l'avons dit, en phosphates de soude et en bicarbonate de

chaux et de magnésie, tous sels solubles, qui, loin de donner lieu à un précipité, rendent au contraire les urines beaucoup plus claires. Dans cet état d'alcalinité, les urines ne peuvent nullement fournir les éléments d'un calcul, car elles arrivent dans la vessie parfaitement solubles et limpides, et ne précipitent que par l'ébullition les sels qu'elles contenaient.

« Si, chez certains calculeux soumis au traitement de Vichy, les urines déposent une plus ou moins grande proportion de phosphates calcaires, il est certain que ces phosphates sont le résultat, non d'un dépôt déterminé par les eaux bicarbonatées, mais de la désagrégation de calculs préexistants.

« Lorsque les urines, soit avant, soit après l'ingestion des eaux de Vichy, présentent un dépôt de phosphate de chaux ammoniaco-magnésien, ce dépôt est nécessairement formé par une certaine quantité d'ammoniaque.

« Or, tous les chirurgiens, y compris MM. Civiale et Leroy d'Etiolles, ont remarqué que les calculs phosphatiques triples de chaux, d'ammoniaque et de magnésie, n'existent que chez les sujets qui ont une inflammation catarrhale plus ou moins ancienne de la vessie, ou quelque autre altération plus ou moins grave de l'appareil urinaire.

« Les muqueuses désorganisées soit par une irritation ancienne, soit par la présence d'un calcul urique ou oxalique, donnent lieu à une sécrétion de nature ammoniacale, ou le devenant par suite de la transformation moléculaire de l'urée.

« Cette ammoniaque, dont la quantité très-variable est continue ou temporaire, précipite les phosphates de chaux et de magnésie, tout aussi bien des urines naturellement acides que des urines rendues alcalines par le bicarbonate, et forme un composé triple de phosphate de chaux ammoniaco-magnésien, lequel peut devenir la cause d'un calcul, ou bien, se déposant sur un calcul urique ou oxalique déjà existant, peut produire un calcul alternant.

« On comprend ainsi comment la sécrétion ammoniacale, qui n'existe qu'accidentellement et souvent à des intervalles plus ou moins éloignés, permette les alternatives de sédiment de diverses natures, tantôt uriques ou oxaliques, tantôt de phosphates triples.

« Les eaux de Vichy n'ajoutent rien à ces circonstances particulières de sécrétion ammoniacale, elles sont au contraire propres à les diminuer.

« De ces considérations et faits chimiques nous concluons que :

« 1° L'ammoniaque dégagée par les tissus altérés des voies urinaires est toujours le point de départ et la cause de formation des calculs phosphatiques et alternants;

« 2° Les eaux alcalines bicarbonatées ne peuvent, dans aucun cas, donner lieu à la formation des calculs phosphatiques et alternants; au contraire, comme elles modifient l'état pathologique de la muqueuse vésicale, et fluidifient les urines sécrétées, elles peuvent être avantageusement employées dans le traitement de toutes les affections calculeuses et graveleuses. »

Des six questions mises à l'étude par la Société pour être discutées dans la session prochaine, trois se rapportent exclusivement au côté chimique de la question, nous ne ferons que les indiquer : 1° *Quelle est la valeur de la sulfhydrométrie*; 2° *Etude des matières organiques contenues dans les eaux thermales*; 3° *De la composition des vapeurs d'eaux minérales*. Quant aux autres questions, comme elles intéressent plus directement la pratique médicale, nous les plaçons sous les yeux de nos lecteurs. Leur choix suffira pour montrer les services que la nouvelle Société est appelée à rendre.

4° *Les eaux sulfureuses, ferrugineuses, alcalines, possèdent-elles des propriétés curatives autres que celles du soufre, du fer, du bicarbonate de soude?* — La composition des eaux minérales fait de celles-ci un médicament complexe, dans lequel domine cependant un principe, celui auquel, jusqu'ici, elles ont dû leur dénomination et leur classification. La Société pense qu'il serait d'un haut intérêt de parvenir à déterminer si ce médicament complexe agit comme un tout, empruntant à la réunion des principes qui le composent des caractères ou des propriétés nouvelles, ou si chacun de ces principes y jouit d'une action propre et distincte, et en particulier si le principe qui domine dans une eau minérale impose à celle-ci

des propriétés identiques avec celles qui le caractérisent lui-même. Cette étude semble comprendre celle de la classification des eaux minérales, et en effet s'y rattache de fort près. Cependant la Société désire qu'elle se restreigne à l'appréciation physiologique et thérapeutique, la classification des eaux minérales étant une question trop importante pour se produire incidemment.

5° *Traitement du rhumatisme par les eaux minérales.* — Les rhumatismes sont traités avec succès au moyen d'eaux minérales fort variées dans leur composition, salines, sulfureuses, chlorurées, etc. On ne peut admettre que l'action thérapeutique de ces diverses médications soit identique, et par conséquent se trouve indifféremment indiquée dans les différentes affections rhumatismales. La Société pense qu'il serait important d'établir, par des observations précises, à quelles indications spéciales répondent, dans le traitement du rhumatisme, les différentes eaux minérales habituellement employées contre cette maladie, et quelles raisons doivent, dans un cas donné, faire préférer les unes aux autres.

6° *De l'action des eaux minérales dans le traitement des maladies de l'utérus.* — La Société pense que cette question doit être étudiée sous le même point de vue que la précédente. On traite des maladies de la matrice, et c'est principalement des maladies du col utérin qu'il est ici question, dans un grand nombre d'établissements thermaux fort différents. Il est probable que les différentes eaux minérales agissent d'une manière toute spéciale, soit en vertu de leur nature même, soit à cause de leurs modes particuliers d'administration. Il conviendrait de spécifier, au moyen d'observations cliniques, les indications et les contre-indications qui peuvent se déduire, d'une part, de la nature d'une eau minérale donnée; d'une autre part, de la nature et du caractère de l'affection utérine. Cette étude, comme la précédente, présente un sujet d'appréciation sur lequel la Société croit devoir appeler toute l'attention de ses membres; il s'agit de déterminer la part qui peut appartenir, au point de vue thérapeutique, soit à l'eau minérale elle-même, considérée comme médicament, soit aux modes suivant lesquels elle est administrée.

Voici le texte du nouveau décret sur le service de santé de la flotte, que nous avons promis de mettre sous les yeux de nos lecteurs.

Article premier. — *Composition du corps des officiers de santé, assimilation, solde.* — La composition du corps des officiers de santé destinés au service de la flotte et des ports, l'assimilation et la solde des différents grades de ce corps, sont fixées ainsi qu'il suit :

1 inspecteur général du service de santé; assimilation : contre-amiral, 10,000 f.

3 directeurs du service de santé; assimilation : commissaire-général, directeur des constructions navales, inspecteur en chef, 7,000 fr.

3 premiers médecins ou chirurgiens en chef, 3 premiers pharmaciens en chef; assimilation : capitaine de vaisseau, 5,000 fr.

4 seconds médecins en chef, 5 seconds chirurgiens en chef, 3 seconds pharmaciens en chef; assimilation : capitaine de frégate, 3,500 fr.

3 médecins professeurs, 3 chirurgiens professeurs, 3 pharmaciens professeurs, 25 chirurgiens principaux; assimilation : chef de bataillon, commissaire adjoint, 3,000 fr.

70 chirurgiens de 1re classe, 9 pharmaciens de 1re classe; assimilation : lieutenant de vaisseau, 2,400 fr.

180 chirurgiens de 2e classe, 14 pharmaciens de 2e classe; assimilation : enseigne de vaisseau, 1,800 fr.

140 chirurgiens de 3e classe, 20 pharmaciens de 3e classe; assimilation : aspirant de 1re classe, 1,200 fr.

Los honneurs militaires sont rendus aux officiers de santé, selon l'assimilation de leurs grades, en exécution des dispositions des articles 58 et 76 du décret du 6 frimaire an III.

Article ii. — *Fonctions et attributions du directeur du service de santé.* — Le directeur du service de santé est chargé de la police du corps et de tout ce qui intéresse le service médical. (Ordonnance du 14 juin 1844, art. 75.)

Il préside le Conseil de santé et les jurys de concours. Il pourvoit aux désignations du personnel, selon les listes arrêtées au Conseil de santé, et lorsque ces désignations ont été faites dans l'intervalle des séances, il en donne connaissance à la première réunion du Conseil.

Il se fait rendre compte de toutes les parties du service par les chefs des différents détails.

Il exprime son opinion personnelle sur les rapports qui doivent être transmis au ministre.

Il donne, chaque année, des notes confidentielles sur les officiers de santé placés sous ses ordres.

Il correspond directement avec le préfet maritime et avec l'inspecteur général du service de santé, qu'il informe des circonstances particulières de ce service.

Lorsqu'il y a lieu de proposer l'avancement, au choix, des chirurgiens de première classe pour le grade de chirurgien principal, le directeur du service de santé réunit le Conseil de santé en séance extraordinaire et secrète. Le procès-verbal de cette séance, accompagné d'un avis séparé et confidentiel du directeur, est transmis au ministre.

Chaque année, dans le mois de février au plus tard, le directeur du service de santé adresse au préfet maritime un rapport sur l'ensemble de son service pendant l'année précédente, et sur les améliorations qu'il se propose d'y apporter. Une double expédition de ce travail est transmise à l'inspecteur général du service de santé.

Le directeur du service de santé exerce, en outre, les attributions dévolues au président du Conseil de santé par les ordonnances, décrets et règlements en vigueur, en tant que ces attributions s'accordent avec les dispositions du présent article.

Article iii. — *Fonctions et attributions des chirurgiens principaux.* — Les officiers de santé principaux sont employés, selon les besoins du service, dans les hôpitaux, dans les différents postes des établissements maritimes; ils peuvent temporairement faire partie des Conseils de santé, sur l'ordre du préfet maritime, et d'après la proposition du directeur du service.

Ils sont embarqués par ordre du ministre, pour remplir les fonctions de médecin en chef d'armée navale et de chirurgien-major de division, fonctions définies par l'art. 641 du décret du 15 août 1851, §§ 1 et 2. Dans cette position, ils font partie de l'état-major général.

Article. iv. — *De l'avancement aux grades de directeur et de chirurgien principal.* — L'avancement au grade de directeur a lieu au choix.

Nul ne peut être promu au grade de directeur du service de santé, s'il n'a servi, pendant deux ans, dans le grade de premier médecin ou de premier chirurgien en chef, dans l'un des ports de Brest, de Toulon et de Rochefort.

L'avancement au grade de chirurgien principal se fait dans la proportion de trois quarts à l'ancienneté, un quart au choix.

Nul ne peut être nommé chirurgien principal, s'il ne compte huit années de service actif dans le grade de chirurgien de 1re classe.

Par arrêté de M. le ministre de l'instruction publique, les jurys médicaux seront présidés : dans les départements qui composent la circonscription de la Faculté de Paris, par MM. Grisolle et Malgaigne; dans les départements de la circonscription de la Faculté de Montpellier, par MM. Dumas et Fuster; dans ceux de la Faculté de Strasbourg, par MM. Erhmann et Rigaud.

Par un autre arrêté, le même ministre nomme membres des jurys médicaux : pour le département de la Seine, MM. Denonviliers, Requin et Langier; pour le département de l'Hérault, MM. Bouisson, Boyer et Jaumes; pour le département du Bas-Rhin, MM. Stoltz, Schützenberger et Stœber.

Pour les articles non signés,

E. DEBOUT.

THÉRAPEUTIQUE MÉDICALE.

DE L'ACTION THÉRAPEUTIQUE DE L'ÉLECTRISATION LOCALISÉE DANS LE TRAITEMENT DES PARALYSIES CONSÉCUTIVES A L'HÉMORRHAGIE CÉRÉBRALE.

Par M. le docteur DUCHENNE, de Boulogne.

(Suite et fin) (1).

La contracture permanente des muscles annonce un travail inflammatoire du cerveau, qui contre-indique l'emploi de la faradisation localisée.

La contracture permanente des fléchisseurs, contracture quelquefois accompagnée de douleurs lorsqu'elle est portée très-loin, me paraît être le signe d'un travail inflammatoire cérébral qui se fait dans les parois du kyste; mais il ne faut pas confondre cette contracture avec la raideur que présentent certains muscles (les fléchisseurs) par le fait du raccourcissement dans lequel ils se sont longtemps trouvés. Ainsi, chez la malade de l'observation précédente, les bras étaient restés constamment rapprochés du corps; l'avant-bras et les doigts étaient dans une demi-flexion continue. Cet état de raccourcissement musculaire avait, à la longue, raidi pour ainsi dire les muscles. Il m'a suffi d'une élongation forcée, et souvent renouvelée, pour vaincre leur résistance.

Ce n'est pas certainement par de tels moyens qu'on parviendrait à vaincre la résistance opposée par la contracture continue occasionnée par un travail inflammatoire du cerveau. Je l'ai vu employer, à la Charité, chez un jeune étudiant dont l'histoire sera rapportée ailleurs (2), et qui avait une hémiplégie avec contracture évidemment occasionnée par un travail inflammatoire du centre cérébral. On parvint à maintenir dans l'extension, à l'aide d'une attelle et d'une bande roulée, son avant-bras, qui était constamment fléchi depuis plusieurs jours; mais après un quart d'heure la douleur était devenue intolérable, et la contracture musculaire avait gagné tout le côté, qui était comme tétanisé.

L'existence de ces contractures me paraissent contre-indiquer l'emploi de toute espèce d'excitation électrique. Je puis affirmer, du moins, qu'il m'est arrivé plusieurs fois des accidents quand j'ai appliqué la faradisation localisée, et je me suis assuré que ces accidents ne pouvaient être attribués à une autre cause qu'à ces excitations inopportunes.

(1) Voir la livraison du 30 mars, pag. 241.

(2) Dans mon Traité de la faradisation localisée et de ses applications à la physiologie, à la pathologie et à la thérapeutique, actuellement sous presse.

La faradisation guérit facilement l'hémiplégie faciale qui accompagne la paralysie des membres; mais cette aqplication expose les malades à des accidents cérébraux nouveaux.

L'hémiplégie faciale et la paralysie de la langue persistent quelquefois après la résorption de l'épanchement sanguin; non-seulement elle occasionne une distorsion des traits, mais les malades en éprouvent aussi une grande gêne pour parler et pour manger.

La faradisation localisée guérit facilement cette paralysie de la face et de la langue. On en a vu un exemple remarquable dans l'observation III. La malade qui en est le sujet avait la commissure droite abaissée; la langue était déviée, et sa prononciation était tellement embarrassée, que par moment on ne pouvait la comprendre. En quelques séances, la commissure droite fut relevée et la parole devint facile. Je vais rapporter un cas de paralysie de la langue, datant de huit ans, guéri aussi facilement par la faradisation localisée.

Obs. IV. — Charité, salle Sainte-Marthe, n° 2. Service de M. Briquet, 1848. *Hémiplégie droite, consécutive à une hémorrhagie cérébrale, datant de huit ans, chez une femme âgée de cinquante ans. Guérison de la paralysie de la langue par la faradisation des muscles de la langue et du nerf grand hypoglosse.*—Pendant les premiers mois qui suivirent l'attaque chez cette malade, la paralysie était complète dans tous les membres et dans la face du côté droit, la parole était impossible. Aujourd'hui, la paralysie faciale a disparu, et siége encore dans le membre inférieur et dans la langue. La malade est entrée à l'hôpital pour s'y faire traiter d'un zona. J'ai appliqué la faradisation localisée seulement à la paralysie de la langue; j'en ai obtenu un succès rapide et complet. *Avant l'opération*, la langue ne pouvait être portée à gauche, de sorte que la malade était forcée de se servir du doigt pour ramener dans la bouche les aliments qui s'accumulaient entre la joue et les dents. La prononciation était assez difficile. Après quelques séances de faradisation localisée dans les muscles de la langue et dans le nerf grand hypoglosse, la malade put porter la langue dans tous les points de la bouche et s'en aider pendant la mastication. La prononciation devint facile. Cinq mois plus tard, je retrouvai cette malade dans la salle Saint-Vincent, où elle était entrée pour une bronchite assez grave. Je constatai alors que la langue jouissait de tous ses mouvements volontaires, et que la parole était facile.

Cet heureux effet de la faradisation localisée, sur les paralysies de la face et de la langue, est contrebalancé par les dangers que cette opération fait courir au malade atteint de paralysie cérébrale, surtout lorsque cette dernière est récente, ou que le malade a conservé une prédisposition à la congestion du cerveau (1). En voici un exemple :

(1) La faradisation des muscles de la face, pratiquée dans les paralysies de la septième paire, ne me paraît offrir aucun danger, comme je le prouverai bientôt.

Obs. V. — Charité, salle Saint-Ferdinand, nº 19. Service de M. Cruveilhier, mars 1848. *Hémiplégie droite, suite d'hémorrhagie cérébrale, datant de deux ans et demi, chez un homme âgé de trente-huit ans et qui a eu plusieurs attaques.*—Etat du malade avant la faradisation. *La commissure des lèvres est plus abaissée du côté droit que du côté gauche*, la langue est déviée à droite; la parole est difficile; contracture active, intermittente du grand pectoral, du fléchisseur du bras, de l'avant-bras et de la main, contracture disparaissant par la chaleur du lit et pendant la nuit, et augmentant lorsque le malade est impressionné; même contracture dans le membre inférieur droit, occasionnant de la douleur et tournant le pied en dedans; absence complète de mouvement dans le membre supérieur droit, depuis la première attaque; mouvements assez étendus dans le membre inférieur et qui permettent au malade de marcher avec une crochette. Pendant la marche, le membre inférieur fauche considérablement, et tous les mouvements sont raides et saccadés, à cause de la contracture. Le pied ne peut porter à plat sur le sol. Faradisation du trapèze, du deltoïde et des muscles antagonistes de ceux qui sont contracturés, pendant dix séances. Après quelques séances, le malade écarte le bras du tronc presque à angle droit, porte la main au front, étend un peu les doigts, fauche moins en marchant et pose mieux le pied sur le sol. Mais là s'arrête l'influence de la faradisation, malgré dix ou douze séances pratiquées assez régulièrement. Un accident grave et inattendu me fait renoncer définitivement à ce traitement. La faradisation des muscles de la face et de la langue du côté droit ayant été pratiquée avec assez d'énergie, le malade fut presque immédiatement frappé d'une nouvelle attaque d'apoplexie, qui nécessita plusieurs saignées.

La faradisation des muscles de la face me paraît être la cause évidente des accidents cérébraux qui ont mis la vie de ce malade en grand danger. Sur dix cas d'hémiplégie faciale de cause cérébrale, dans lesquels j'ai eu l'occasion d'appliquer la faradisation localisée, dans le cours des années 1847 et 1848, trois fois j'ai vu des phénomènes cérébraux plus ou moins graves suivre l'opération. Je ne les relate pas, pour ne pas sortir des limites qui me sont imposées pour traiter de l'électrothérapie de l'hémiplégie cérébrale.

La faradisation localisée des muscles de la face est une opération des plus délicates, qui exige la connaissance du degré d'excitabilité de ces muscles, et l'emploi d'un appareil qui se gradue sur une échelle d'une assez grande étendue. On remarquera que les accidents cérébraux dont je viens de parler sont arrivés à une époque où j'avais moins d'expérience et peu d'habitude de la faradisation localisée.

Quoi qu'il en soit, malgré la connaissance que je possède aujourd'hui du degré d'excitabilité de chacun des muscles de la face, et la précision de mes appareils, qui me permettent de leur administrer exactement la dose qui leur convient, ce n'est jamais sans hésitation et sans crainte que j'excite les muscles de la face ou de la langue, dans l'hémiplégie de cause cérébrale.

Nécessité de distinguer l'hémiplégie faciale de cause cérébrale de la paralysie de la septième paire, en raison de la différence de traitement à opposer à chacune de ces paralysies.

Les dangers auxquels on expose un malade atteint de paralysie cérébrale, en pratiquant la faradisation à la face, font comprendre la nécessité de distinguer l'hémiplégie faciale de cause cérébrale de la paralysie de la septième paire, qui peut être soumise à la faradisation localisée sans le moindre inconvénient, et qui, souvent, ne guérit que par ce mode de traitement.

Avant que M. le professeur Bérard eût bien fait connaître, dans un beau travail publié, en 1834, dans le journal des Connaissances médico-chirurgicales (1), les fonctions spéciales de la septième paire, et qu'il eût démontré la fréquence de la paralysie de ce nerf, toute hémiplégie faciale, quand elle n'était pas accompagnée de la paralysie des membres, était attribuée à une hémorrhagie ou à un ramollissement du cerveau. Mais, depuis que ce travail a vulgarisé la connaissance de la paralysie de la septième paire, un mouvement en sens contraire s'est opéré dans les esprits, et toute hémiplégie limitée à la face n'est plus considérée que comme symptomatique d'une lésion quelconque de la septième paire. Eh bien ! c'est une erreur fâcheuse, car l'hémiplégie centrale limitée à la face n'est pas infiniment rare, et l'erreur est grave, en raison de la différence des indications thérapeutiques à remplir.

Quels sont donc les signes qui distinguent l'hémiplégie de cause cérébrale de la paralysie de la septième paire?

Dans l'une et l'autre de ces paralysies, on observe une distorsion des traits pendant le repos musculaire et pendant les mouvements ; la parole et la mastication sont également gênées. Le signe distinctif qu'on observe, c'est que l'orbiculaire des paupières n'est pas paralysé dans l'hémiplégie de cause cérébrale. En conséquence, toute hémiplégie faciale dans laquelle l'orbiculaire des paupières est paralysé ne peut être rapportée à une lésion du cerveau, et dépend uniquement d'un état pathologique du nerf facial. Mais de l'absence de la paralysie de l'orbiculaire des paupières dans une hémiplégie faciale, on ne peut conclure à l'existence d'une paralysie de cause cérébrale, par la raison suivante : dans une paralysie de la septième paire, le filet nerveux qui anime les paupières peut bien ne pas être compris dans la lésion du nerf facial, et cette paralysie peut bien alors avoir le facies ou les signes

(1) Sur les fonctions du nerf facial et la paralysie faciale. Journal des Connaissances médico-chirurgicales, 1834, p. 354.

extérieurs de l'hémiplégie cérébrale. Les paralysies partielles de la septième paire ne sont pas très-rares, en effet. Pour ma part, j'en ai observé quelques-unes dans un court espace de temps. Je n'en citerai qu'un cas.

OBS. VI. *Paralysie de la septième paire, limitée à la moitié inférieure de la face du côté droit, comme dans l'hémiplégie faciale de cause cérébrale. — Diagnostic établi par l'exploration électro-musculaire.* — En 1846, j'observai à la Charité, salle Saint-Joseph, n° 13, service de M. Bouillaud, un malade qui depuis trois mois avait une paralysie partielle de la face du côté droit. Il s'était réveillé un matin avec une distorsion des traits. Quand je l'examinai, la commissure droite des lèvres était plus abaissée que du côté opposé, mais l'ouverture palpébrale était aussi grande d'un côté que de l'autre; quant il riait, le côté gauche entrait seul en mouvement et attirait vers lui la joue droite. Il ne pouvait froncer les lèvres du côté droit pour siffler; sa joue droite se gonflait, et l'air s'échappait par une large ouverture, qui se formait entre les lèvres du côté droit. Les aliments tombaient à droite entre la joue et les dents, enfin il éprouvait de la difficulté pour articuler les labiales. Mais il rapprochait les paupières, fronçait ou élevait les sourcils aussi bien du côté droit que du côté gauche.

Je trouvai chez ce malade tous les signes apparents de l'hémiplégie faciale de cause cérébrale. Mais l'exploration électro-musculaire dissipa bientôt tous les doutes, car je constatai que les muscles paralysés avaient perdu leur contractilité électrique, phénomène que l'on trouve toujours dans la paralysie de la septième paire et qui n'existe pas dans l'hémiplégie de cause cérébrale. J'avoue que sans cet examen j'aurais été très-embarrassé pour poser ici le diagnostic, car le malade ne se rappelait pas s'être exposé à un courant d'air. On ne trouvait dans son histoire rien qui pût laisser supposer une compression du nerf. Il fut soumis à la faradisation localisée, et sortit à peu près guéri quelques semaines après (il n'avait pas voulu attendre la fin de son traitement).

J'ai vu un bon nombre de paralysies de la septième paire dont il avait été difficile de trouver la cause. A côté de ce fait, j'en vais placer un autre qui a une grande ressemblance avec lui, et qui, cependant, reconnaissait une cause cérébrale.

OBS. VII. —En 1852, je visitai aux Néothermes, avec M. Vigla, médecin des hôpitaux et professeur agrégé, un malade âgé de 49 à 50 ans, qui, trois semaines auparavant, avait été tout à coup frappé d'une hémiplégie faciale droite; la commissure des lèvres était plus abaissée de ce côté, et pendant le rire la bouche était entraînée à gauche; quand il soufflait, la joue droite se gonflait et l'air sortait entre les lèvres de ce côté; les aliments tombaient entre la joue droite et les dents de la mâchoire inférieure. Le malade fermait les yeux, fronçait les sourcils et le front également des deux côtés.

On voit quelle analogie existe entre ces deux hémiplégies, quant à la forme sous laquelle elles se présentent. Il est vrai que, dans le dernier cas, le malade éprouvait des pesanteurs de tête, des tournoie-

ments, qui pouvaient faire pencher le diagnostic du côté d'une lésion cérébrale, par exemple, une hémorrhagie cérébrale très-limitée. C'était le diagnostic vers lequel M. Vigla inclinait ; mais il restait pour moi une grande incertitude. L'exploration électro-musculaire nous ayant montré que les muscles paralysés avaient conservé leur contractilité électrique intacte, il fut bien établi que l'hémiplégie était due à une lésion cérébrale. Je fis alors entrevoir les dangers de la faradisation localisée, appliquée, dans de telles conditions, au traitement de cette hémiplégie faciale, et bien m'en a pris, car, peu de temps après, ce malade fut frappé d'une nouvelle attaque d'apoplexie, qui lui paralysa tout le côté droit du corps.

M. Aran a observé un cas d'hémiplégie limité au côté gauche de la face ; j'ai constaté avec lui que les muscles paralysés avaient conservé leur contractilité électrique normale. Le malade ayant succombé, on trouva un ramollissement dans la paroi inférieure du ventricule latéral droit autour d'un ancien foyer hémorrhagique.

Comment doit-on pratiquer la faradisation localisée, dans le traitement de la paralysie consécutive à l'hémorrhagie cérébrale? Cette question est très-importante à examiner, car de la manière d'opérer dépendent non-seulement les résultats plus ou moins heureux du traitement, mais aussi les accidents plus ou moins graves qu'il peut provoquer.

a. L'expérience a établi que tout individu qui une fois a été frappé d'apoplexie conserve, en général, une prédisposition pour une nouvelle attaque. On sait, de plus, qu'il s'opère dans les parties qui avoisinent le kyste un travail inflammatoire, qui se manifeste par des contractures et des douleurs dans le membre. En conséquence, toute excitation trop vive des centres nerveux peut provoquer soit une nouvelle congestion ou hémorrhagie cérébrale, soit une augmentation du travail inflammatoire dans les parois du kyste, et aggraver la situation du malade.

Ces principes une fois posés, on se gardera bien d'appliquer au traitement de la paralysie cérébrale la méthode d'électrisation que j'ai appelée électrisation par action reflexe, et qui consiste à faire passer les courants des extrémités aux centres nerveux, ou à leur faire parcourir les nerfs ou les membres dans le sens de leur longueur. Je décris ce mode d'électrisation dans la première partie de mon livre, sur la faradisation localisée, et j'en démontre le mode d'action.

On verra que, par ce procédé, la sensibilité est surexcitée et qu'elle réagit sur la contractilité musculaire. Ce mode d'électrisation est le plus sûr moyen d'exciter vivement les centres nerveux, et certes ce n'est pas l'indication qu'il faut remplir dans le traitement d'une para-

lysie de cause cérébrale. Un fait que j'ai rapporté (1) et dans lequel ce mode d'électrisation a foudroyé, pour ainsi dire, un hémiplégique, en démontre le danger, quand on l'applique au traitement de l'hémiplégie de cause cérébrale.

Pour éviter cette excitation reflexe des centres nerveux, il faut rapprocher autant que possible les excitateurs, de telle sorte que les recompositions électriques se fassent, sans que les courants aient à parcourir les membres dans une longue étendue. On limite ainsi les recompositions électriques dans les organes.

Mais cela ne suffit pas pour localiser l'excitation des courants, c'est-à dire pour empêcher cette excitation de réagir sur les centres nerveux. Il faut encore que les intermittences des courants soient éloignées les unes des autres. J'ai démontré, en effet, que la faradisation musculaire provoque à la fois des sensations et des contractions ; que la force des sensations augmente en raison directe du rapprochement des intermittences, et qu'à un degré donné de la rapidité de ces intermittences, les sensations deviennent excessivement douloureuses, tétaniques.

Or, on comprend que de telles sensations douloureuses produisent inévitablement une excitation générale qui peut réagir sur les centres nerveux, de manière à provoquer, dans certaines conditions, une congestion ou une nouvelle hémorrhagie, ou des accidents cérébraux d'un autre ordre.

Les intermittences éloignées ont l'avantage de permettre d'agir à forte dose, sans provoquer de sensations douloureuses, et d'opérer les recompositions électriques dans la couche profonde de chaque muscle aussi bien que dans la couche superficielle, c'est-à-dire de porter l'excitation dans toutes les fibres musculaires. Au contraire, par les courants rapides qui sont trop douloureux pour permettre d'agir à haute dose, les muscles ne sont excités que superficiellement.

Le but qu'on se propose dans la faradisation musculaire appliquée au traitement de l'hémiplégie cérébrale, c'est de provoquer le retour des mouvements volontaires, en produisant des contractions musculaires artificielles. Ce but est atteint par les courants faradiques à rares intermittences.

D'ailleurs, je ne vois pas la nécessité de produire ici des sensations douloureuses, dont l'application est indiquée seulement lorsque les muscles ont perdu de leur sensibilité, ou lorsqu'ils sont menacés dans leur nutrition, comme dans les paralysies traumatiques des nerfs ou dans les paralysies saturnines.

(1) *Loc. cit.*, première partie, ch. III.

b. Je crois avoir démontré que, par le fait de la suspension de l'excitation cérébrale, les muscles paralysés dans l'hémiplégie consécutive à l'apoplexie perdent leur aptitude à réagir ou à se contracter par l'influx nerveux, qui leur revient librement après la résorption de l'épanchement sanguin ; ou, en d'autres termes, que la paralysie primitivement symptomatique de la lésion du cerveau s'est localisée dans les muscles. Il ressort aussi des faits exposés ci-dessus que c'est seulement dans ces conditions que l'hémiplégie consécutive à l'hémorrhagie cérébrale peut être modifiée par la faradisation localisée. La déduction à tirer de ces faits, c'est que l'excitation électrique doit être dirigée alors sur chacun des muscles paralysés, et que les muscles qui ont perdu la faculté de réagir sous l'influence de la volonté doivent être soumis plus longtemps et plus souvent à l'excitation électrique. J'ai vu cette proposition confirmée par l'expérimentation. Qu'on relise l'observation rapportée au commencement de cet article (Obs. I), et on verra que, dans ce cas de paralysie consécutive à l'hémorrhagie cérébrale, le mouvement est revenu dans les muscles que j'avais soumis à la faradisation localisée. Ceux qui avaient été négligés (les interosseux , les fléchisseurs des doigts) n'ont recouvré leurs mouvements qu'après avoir été excités à leur tour. J'ai observé des phénomènes identiques dans tous les cas analogues.

On voit donc que, dans le traitement de l'hémiplégie cérébrale , il importe d'exciter individuellement les muscles paralysés, pour rappeler les mouvements d'une manière égale, pour rétablir l'équilibre des forces musculaires nécessaires, par exemple, à l'habileté manuelle.

c. Lorsqu'il existe chez l'hémiplégique un certain degré de contracture active ou reflexe , c'est sur les antagonistes des muscles contracturés qu'on doit principalement diriger la faradisation.

Ici je dois citer un phénomène important, que j'avoue ne pas comprendre : c'est que l'excitation des muscles antagonistes fait cesser la contracture à l'instant même et pour un temps plus ou moins long. Les malades éprouvent moins de raideur après l'opération. Malheureusement, les contractures reviennent dans l'intervalle des applications, et bien que je les aie quelquefois vues diminuer après le traitement, je n'oserais pas faire honneur de cette amélioration à la faradisation localisée.

d. Les séances ne doivent pas être trop prolongées, sous peine de produire de la courbature ou de la surexcitation, qu'il faut éviter autant que possible dans le traitement de l'hémiplégie cérébrale.

La durée du traitement est assez limitée, contrairement à celui des paralysies traumatiques des nerfs ou des paralysies saturnines. Dans

ces dernières, où la nutrition musculaire est profondément altérée, il faut refaire de la fibre musculaire et rappeler le mouvement, tandis que dans la paralysie consécutive à l'hémorrhagie cérébrale, où les muscles sont peu atrophiés et ne souffrent pas dans leur texture, on a seulement à faire appel à la contractilité volontaire. Si, après ces quinze ou vingt séances, les muscles ne paraissent pas recouvrer leurs mouvements, c'est que la cause de la paralysie siége ailleurs que dans les muscles, c'est que le cerveau n'a pas encore recouvré sa liberté d'action.

Ce premier insuccès ne doit pas faire renoncer pour toujours à la faradisation localisée ; car il peut arriver que le kyste soit assez diminué quelques mois plus tard pour laisser un libre cours à l'action nerveuse cérébrale. Alors une nouvelle tentative pourrait être plus heureuse que la première.

THÉRAPEUTIQUE CHIRURGICALE.

REMARQUES PRATIQUES SUR UNE SÉRIE D'AMAUROSES GUÉRIES PAR UN TRAITEMENT TRÈS-SIMPLE.

Par M. MOREL LAVALLÉE, chirurgien des hôpitaux.

L'amaurose résiste si souvent aux moyens en apparence les mieux appropriés, et la perte de la vue est une infirmité si grave, que nous croyons devoir rapporter plusieurs exemples de guérison obtenue par un nouveau mode de traitement. Non que nous nous fassions illusion sur le retour de pareils succès : nous n'ignorons pas qu'il est des lésions organiques ou mécaniques de l'appareil nerveux optique au-dessus de tous les efforts de la chirurgie ; nous savons qu'en dehors même de ces désordres manifestement irrémédiables, il y aura beaucoup trop d'autres cas d'amauroses qui, plus simples peut-être, mais plus inconnus dans leur nature, feront longtemps encore le désespoir de l'art. Mais, sans nous exagérer les avantages de la médication que nous avons suivie, nous n'avons pu nous empêcher d'être frappé de la constance des résultats ; et, si nous ne nous trompons, il y a là quelque chose qui mérite de fixer l'attention.

Nous allons placer ici les faits dans l'ordre où ils se sont présentés à nous : on comprendra mieux comment nous avons été conduit à la méthode que nous soumettons au contrôle de l'expérience.

OBS. I. Fannie Denrey est d'une famille picarde, où, à sa connaissance, il n'y a jamais eu d'aveugles. La malade a quarante-deux ans ; elle a toujours été bien réglée. Au bout de huit mois de séjour dans le Midi, elle éprouva

une céphalalgie violente dans toute la tête, mais surtout au front et à la tempe droite; la douleur s'étendit jusqu'aux dents, qui, d'ailleurs, étaient saines; et elle avait une violence telle, qu'elle produisit l'insomnie pendant plus de quatre mois. C'est un mois après le début de cette affection céphalique, que des troubles ont commencé à se manifester: des bluettes rouges, blanches ou noires, passaient devant ses yeux. Peu à peu ses fonctions visuelles s'abolirent entièrement, au point que Fannie Denrey se fit, en se heurtant en plein jour contre une voiture stationnant à sa porte, une fracture du poignet. C'est cette dernière affection qui l'amena dans mon service, à l'hôpital de la Charité.

Je passe sur la lésion osseuse, qui n'offrit, du reste, rien de particulier pour ne m'occuper que de l'amaurose. A l'entrée de la malade, la cécité était complète depuis dix-huit mois, au point qu'il n'y avait plus aucune sensation de la lumière, que le jour n'était pas distingué de la nuit. Les pupilles étaient dilatées et à peine contractiles; il y avait des bourdonnements d'oreilles, de la dureté de l'ouïe et de la pesanteur de tête.

L'amaurose était si complète et si ancienne, que je ne sais si j'aurais songé à la combattre, sans les vives instances de la malade et un certain artifice auquel elle eut recours, et que nous dirons plus loin. En raison de la difficulté du cas, je prescrivis un traitement d'une énergie inaccoutumée, et où la forme congestive de la lésion appelait l'élément antiphlogistique. Ce traitement fut le suivant :

Le premier jour, une forte saignée; le deuxième jour, trente sangsues derrière chaque oreille; le troisième jour, un séton à la nuque; le quatrième, une bouteille d'eau de Sedlitz, qui fut répétée toutes les quarante-huit heures pendant deux semaines, et deux fois par semaine pendant le mois suivant.

La vue revenait peu à peu; mais, comme il y avait encore des signes de congestion, une nouvelle saignée fut faite le quinzième jour, et le seizième une nouvelle application de soixante sangsues dans les mêmes régions que la première fois.

Au bout de deux mois, l'amélioration était telle, que la malade commençait à lire. Les pupilles ont recouvré leur mobilité. Elle quitte l'hôpital.

Huit mois plus tard, Fannie Denrey revint nous voir, suivant sa promesse. Elle lisait couramment les têtes de chapitres de J.-L. Petit, c'est-à-dire les caractères un peu gros. Il lui restait cependant encore comme un brouillard blanc sur les yeux. Elle était si heureuse de sa guérison, qu'elle m'avoua alors, ce qu'elle avait eu bien soin de me cacher d'abord, qu'elle avait été traitée à l'aide de bains de pieds et de purgatifs par M. Sichel pendant six mois, et ensuite à peu près de la même manière, à l'hôpital Necker, par M. Lenoir, qui, dit-elle, l'avait, comme M. Sichel, déclarée incurable.

Après cette visite que me fit la malade, la vue revint sensiblement, comme avant d'avoir été troublée. Profitant d'une demande d'admission, faite du temps qu'elle était aveugle, elle avait été reçue à la Salpêtrière, et elle dissimulait sa guérison, pour ne pas être renvoyée de cet hospice.

Un an après (2 mai 1852), sans cause connue et sans aucun dérangement de la menstruation, la vue baissa peu à peu, avec pesanteur de tête, bourdonnement d'oreilles et dureté de l'ouïe, et quand la malade vint me revoir, il y avait un mois qu'elle voyait à peine à se conduire; les pupilles étaient contractiles. Une saignée et trois purgations avec l'eau de Sedlitz suffirent :

la vue se rétablit, et avant quinze jours la malade avait repris ses travaux d'aiguille.

Cinq mois après (4 octobre 1852), nouvelle rechute, semblable à la première. Saignée, séton, purgatifs répétés.

Le teint est jaune bilieux, ce que je n'avais pas remarqué avant cette époque, et ce dont la malade n'a pu elle-même s'apercevoir.

Depuis, je n'ai pas revu Fannie Denrey.

Ainsi voilà une amaurose complète, traitée pendant plus d'un an, sans succès, par des hommes habiles, et qui cède en peu de temps aux moyens que nous avons dirigés contre elle. Au bout d'un an, la maladie revient, et elle est enlevée de la même manière.

L'observation suivante, intéressante sous le rapport des troubles remarquables de la vue, se rapproche de la précédente et par la forme congestive de l'amaurose, et par le même succès obtenu à l'aide des mêmes moyens. Cette observation a été écrite, sous ma dictée, par M. Eymer, élève externe du service.

Obs. II. Goudet (Antoine), quarante-neuf ans, tailleur de pierres, rue Nicolet, 7; né à Cruzy (Hérault); à Paris depuis vingt-six ans. Tempérament sanguin; constitution forte; aucun accident héréditaire. Six mois avant le commencement de la maladie actuelle, il a été atteint d'une bronchite, qui dura huit semaines, accompagnée d'une toux violente, fièvre légère, anorexie. Cette bronchite n'eut pas assez de gravité pour le retenir au lit. A peine fut-il guéri de cette dernière affection, qu'il fut pris d'une céphalalgie assez violente, s'étendant à toute la tête, et qui dura six semaines, nuit et jour, presque sans interruption, le privant souvent de sommeil.

Il n'a eu aucune maladie antécédente du globe de l'œil; il a toujours joui d'une excellente vue jusqu'au mois d'août 1847. A cette époque, il commença à éprouver des éblouissements, avec sentiment de plénitude et de pesanteur de tête quand il restait longtemps penché pour tailler une pierre, surtout s'il travaillait le côté éclairé par le soleil. Il était alors forcé de se redresser pour dissiper ces éblouissements, et de se reposer les yeux, soit en les dirigeant vaguement au loin, sans rien regarder, soit en les fixant sur des objets verts (comme les feuilles des arbres). Ces éblouissements survenaient ordinairement d'heure en heure. Au bout de quelques mois, il s'aperçut qu'il distinguait moins bien les objets à distance ordinaire, et la presbyopie se déclara.

Un an plus tard, c'est-à-dire au mois d'août 1848, la vue se prit à baisser davantage; il lui semblait avoir devant les yeux un nuage qui devenait de plus en plus obscur, mais d'une manière très-lente. Il apercevait tantôt de petits points rouges, des étincelles qui voltigeaient devant lui; tantôt des lignes ondulées ou des anneaux rougeâtres, couleur de feu, mobiles, changeant à chaque instant de place comme de forme. Quand il voulait lire, les lignes semblaient se mouvoir, se rapprocher ou s'éloigner les unes des autres. Cette affection a commencé en même temps et a marché de la même manière dans les deux yeux.

Le malade fut bientôt affecté de nyctalopie, la vision étant bien plus claire

au moment du lever et du coucher du soleil. Quelquefois les objets lui paraissaient situés en un point différent de celui qu'ils occupaient réellement (ainsi, il levait le pied sur un trottoir qui était encore éloigné d'un à deux mètres). Il n'a jamais vu double. Ses amis remarquèrent, un jour, que le fond de ses yeux prenait une couleur jaunâtre.

Enfin, de temps en temps, il était tourmenté d'une céphalalgie assez intense, laquelle disparut après l'application d'un vésicatoire derrière le cou, quelques jours avant son entrée à l'hôpital de la Charité, le 16 janvier.

Etat actuel. Tous les symptômes déjà énumérés, sauf la céphalalgie, sont à leur plus haut degré. L'amaurose est complète dans l'œil gauche, elle est un peu moins prononcée dans l'œil droit. Sentiment de pesanteur et de plénitude du côté des yeux. Faible sensation de graviers dans les deux yeux.

Traitement. 20 janvier. Une saignée, deux bouillons.

21 janvier. 60 grammes d'huile de ricin.

22. Une goutte d'huile de croton tiglium en pilule ; une portion.

26. Sa vue commence à débrouiller un peu les objets éloignés ; toujours la même sensation de mouches volantes ; la tête est un peu moins lourde ; deux portions.

29. Un séton.

30. Trois portions.

1er Février. La vision est un peu plus claire. 60 grammes d'huile de ricin.

5. La vue s'éclaircit très-lentement ; même sensation de mouches volantes. Une saignée de quatre palettes, qui se recouvre d'une couenne très-mince.

6. 60 grammes d'huile de ricin.

10. 60 grammes d'huile de ricin.

12. Il peut distinguer les doigts et leur nombre ; il voit bien moins d'étincelles ou de mouches volantes. Une saignée de trois palettes.

19. Il distingue une petite clef, à la distance de 0,m30.

21. 60 grammes d'huile de ricin.

25. Il voit assez bien, mais mieux de loin que de près ; il peut lire sur un texe un peu gros. Il voit très-peu de mouches volantes. L'iris est très-contractile. Il sort.

Ces deux succès, obtenus dans l'amaurose congestive, m'encouragèrent à essayer le même traitement dans un troisième cas, où la lésion oculaire ne présentait aucun des caractères assignés à cette forme. Cependant, peut-être y avait-il, dans l'étiologie et même dans les symptômes, quelque chose qui annonçait l'intervention de l'élément sanguin. En effet, la longue exposition des yeux au vif éclat de la lumière artificielle paraît la cause de l'affection ; et le trouble de la vue ne se manifestait d'abord que sous l'influence et pendant l'action même de cette lumière. Mais il n'y avait ni céphalalgie, ni pesanteur de tête, ni aucune sensation d'étincelles ; en sorte que, si ce cas n'est pas absolument un fait d'amaurose asthénique, ce serait, tout au plus, un fait de transition entre les deux principales formes de l'amaurose,

entre l'amaurose sthénique et l'amaurose asthénique. — Voici cette observation :

Obs. III. Delbas (Alexis), cinquante-un ans, bonne constitution, garçon de café, marié, demeurant à Paris, rue Vieille-du-Temple ; entré à l'hôpital de la Charité, le 10 septembre 1850.

Il y a cinq ans, chute sur le bord orbitaire du côté gauche, avec plaie contuse, sans aucun accident consécutif du côté de la vue.

Six semaines avant son entrée, cet homme s'est aperçu qu'il avait un brouillard devant les yeux, qui l'empêchait de voir distinctement ; ce brouillard s'est épaissi assez rapidement, de sorte que bientôt, le malade n'a pu voir l'heure au cadran de l'Hôtel-de-Ville, devant lequel il passait tous les jours.

Quinze jours avant son entrée à l'hôpital, étant allé voir une ascension équestre de M. Poitevin, il vit à peine le ballon, et le cheval ne lui parut pas d'un volume plus considérable qu'un cheval de carton qui sert de jouet aux enfants, quoiqu'il n'en fût pas très-éloigné.

La lumière le fatiguait beaucoup. Garçon de café dans un salon où il n'y avait pas moins de soixante becs de gaz, il servait souvent ceux qui n'avaient rien demandé, au lieu de servir ceux qui avaient demandé. Ce qu'il y a de plus curieux, c'est que cet homme, qui ne voyait pas ce qu'il faisait dans son café très-illuminé, voyait tout aussi bien à se conduire dans les rues, à onze heures du soir, que s'il n'avait pas été malade. A cette lumière peu vive, il voyait et se sentait tout à fait à son aise. En regardant dans une glace, il voyait sa figure toute barbouillée.

Le jour de son entrée à l'hôpital, la maladie avait encore fait des progrès. Le malade ne voit pas une grosse colonne de pierre qui est à trois pas de son lit ; c'est tout au plus s'il aperçoit les rideaux blancs de son lit, et le jour qui vient à travers la croisée. Quand il regarde quelqu'un de près, il voit la figure très-pâle, et point de nez.

Ce malade n'a éprouvé ni céphalalgie, ni ces illusions de la vue qui font voir au malade des flammes, des mouches voltigeant, etc., etc.

Traitement. Le premier jour, saignée de cinq palettes ; le deuxième jour, séton à la nuque ; puis, tous les deux ou trois jours, un purgatif. Ces purgatifs sont continués tous les deux jours, jusqu'à la sortie du malade de l'hôpital ; on a ajouté, à ces moyens, des vésicatoires volants aux tempes, souvent renouvelés.

Quatre ou cinq jours après, le malade a commencé à distinguer sa pancarte ; encore quelques jours après, il aperçoit la colonne qui est en face de son lit, mais elle lui apparaît d'abord anguleuse, puis réduite à sa moitié ; enfin il finit par la voir tout entière. Après chaque purgation, nouvelle amélioration du côté de la vue.

10 octobre. L'amélioration a été si rapide, que le malade, après un mois de traitement, peut voir l'heure au cadran de l'hopital, et commence à pouvoir lire sa pancarte.

Le premier novembre. Le malade va de mieux en mieux. Il peut lire assez couramment dans un livre à caractères moyens, quand il a des lunettes de presbyte.

Le 21 novembre. Le malade sort de l'hôpital, pouvant lire très-couramment, avec des lunettes de presbyte.

Cette observation a été, ainsi que les suivantes, rédigée par l'un des internes du service. Chez ce malade, la guérison a été on peut dire complète; car la presbytie, qui a persisté, n'était-elle pas indépendante de l'amaurose, et un effet naturel de l'âge chez un sujet de cinquante-un ans?

L'observation que nous allons rapporter nous semble plus propre encore à mettre en relief l'efficacité du traitement. Il s'agissait d'une amaurose par suppression des règles, et qui, selon toute apparence, ne devait céder qu'au rétablissement de cet écoulement périodique; et cependant, après une légère et inutile tentative pour le rappeler, on eut recours aux moyens employés chez les trois premiers malades, et avec succès.

Obs. IV. Le 9 janvier, est entrée à l'hôpital de la Charité, une femme nommée Charlotte Cormier, âgée de vingt-neuf ans, domestique, rue des Marmouzets, n° 16, née à Saint-Bar (Savoie). Aucun antécédent héréditaire, tempérament lymphatique, constitution faible.

La malade n'a jamais eu d'enfants; elle n'a fait aucune maladie longue ou sérieuse; mais depuis l'époque où ses règles ont apparu pour la première fois, à l'âge de seize ans, elle n'a jamais joui d'une bonne santé.

L'arrivée des menstrues était toujours précédée et accompagnée de violentes céphalalgies, de maux d'estomac et d'une lassitude générale; l'époque était régulière; la malade a observé quelquefois un retard de plusieurs mois, sans qu'elle pût l'attribuer à aucune cause autre que sa constitution.

Avec l'âge, l'état de sa santé empira, les étourdissements devinrent fréquents. Elle dut consulter; on la fit saigner à plusieurs reprises, et elle fut soumise aux préparations ferrugineuses, mais elle n'a jamais pu s'astreindre à un traitement long et suivi.

Dans le courant du mois de décembre 1848, elle est allée laver du linge à la rivière, le jour où ses règles commençaient; à sa rentrée, elle avait des frissons, de grands maux de tête, et aucune trace de flux sanguin.

Elle fut obligée de cesser son travail et de garder le lit. Le surlendemain, à son réveil, la malade, en se tournant vers le jour, crut qu'un épais brouillard lui voilait les objets; tout lui apparaissait comme plongé dans l'obscurité, et ce qu'elle apercevait se heurtait, vacillait devant ses yeux.

Elle s'adressa à un médecin, qui la saigna; mais les étourdissements seuls se calmèrent, et la vue s'obscurcit de plus en plus.

A son entrée à l'hôpital, l'état de la malade était le suivant: elle distinguait à peine le jour de la nuit, surtout de l'œil gauche.

En présentant la lumière devant l'œil, si l'on abaissait les paupières pour les relever brusquement, l'on n'observait aucun mouvement de la pupille.

La malade fut soumise au traitement suivant:

Le premier jour, un bain de pieds sinapisé; le second jour, une saignée du bras de quatre palettes; le troisième jour, 60 grammes d'huile de ricin.

La malade sentit déjà du soulagement, la céphalalgie avait disparu, il n'y avait plus d'étourdissements, et elle ne voyait pas autant de mouches voltiger devant ses yeux.

Six jours après son entrée, application de 15 sangsues derrière chaque

oreille, on continue les purgatifs tous les quatre jours; enfin, application d'un séton à la nuque.

Etat de la malade à sa sortie le 2 février, trois semaines après son entrée:

Elle reconnaît parfaitement les personnes; elle peut de l'œil droit lire dans un livre à caractères fins; l'œil gauche, quoique moins avancé, distingue assez nettement les objets. Elle continuera à entretenir le séton.

Un cinquième succès me fut fourni par un jardinier de Versailles, dont l'observation ne m'a pas été remise, mais qui m'a fait dire ultérieurement que sa guérison se maintenait.

Enhardi par ces résultats inespérés, y puisant une sorte de témérité, j'osai m'adresser à un cas généralement regardé comme incurable : une amaurose compliquée de cataracte. Les journaux venaient d'ailleurs de publier un succès obtenu par un chirurgien allemand, dans cette circonstance. Je cédai aux vives instances du malade, et j'entrepris le traitement.

C'était un jeune homme d'environ dix-huit ans.

La cataracte fut abaissée des deux côtés, avec la plus grande facilité; il ne survint aucun accident consécutif; et les deux pupilles recouvrèrent une netteté parfaite, au point de ne pas laisser soupçonner l'existence antérieure d'une cataracte; mais l'amaurose résista au traitement le plus énergique.

Il en fut de même chez le malade dont on va lire l'observation :

Obs. VI. Rolland (Charles), trente-neuf ans, domestique, rue de la Boule-Rouge, n° 17, né à Saint-Pré (Suisse); à Paris depuis treize ans. Tempérament sanguin; complexion vigoureuse; caractère très-irritable. Aucun accident héréditaire; aucune maladie antécédente, si ce n'est, il y a plusieurs années, une perte de connaissance brusque et instantanée, suivie d'une chute sur le pavé (les renseignements du malade, à ce sujet, sont très-incomplets).

Il y a huit mois, sa vue commença à baisser, et en peu de temps il fut atteint d'un degré de myopie assez prononcé. Par moments, les objets rapprochés qu'il regardait avec attention disparaissaient tout à coup pour reparaître bientôt, comme une sorte de fantasmagorie. Quand il regardait à une distance un peu éloignée, les objets semblaient se remuer, se balancer. D'autres fois il ne pouvait distinguer qu'une partie des corps, mais cette hémiopie était très-passagère. Jamais il n'a éprouvé de pesanteur de tête, jamais de mouches volantes, jamais de photophobie, aucune sensation de graviers. Depuis deux ou trois mois, il est atteint d'une nyctalopie très-prononcée. Il n'a fait aucun traitement.

A son entrée à l'hôpital de la Charité, le 10 février 1849, l'amaurose, égale dans les deux yeux, n'est pas tout à fait complète; il distingue les personnes qui sont très-près de lui. L'iris n'offre rien de particulier; le fond de l'œil ne présente aucune couleur anormale.

Traitement. 11 février. Soixante grammes d'huile de ricin. Deux portions.

15. Saignée de trois palettes.

16. Séton refusé. (60 grammes d'huile de ricin).
18. 0,40 de calomel en trois prises.
20. Une saignée. Trois portions.
23. Un bain.
25. Ce traitement actif n'a pu amener aucune amélioration. L'amaurose est au même degré que le jour de son entrée à l'hôpital. Aucunes modifications dans les symptômes qu'il éprouvait; mais nous devons noter que le malade n'a pas voulu consentir à l'application d'un séton. Il sort.

Le dernier cas que j'ai traité par cette méthode, car je les rapporte tous sans aucune exception, est le suivant :

Obs. VII. Le 21 novembre 1848, est entré, salle Saint-Jean, n° 35, service de M. Morel Lavallée, Désiré Louis, âgé de trente-huit ans, tisseur en soie, d'une taille petite, d'une constitution assez bonne. Jamais, avant ces derniers temps, il n'a souffert ni des yeux, ni de la tête ; mais, après les journées de juin, il fut jeté dans les caves des Tuileries, puis dans les forts. Pendant un mois, il eut des maux de tête, avec bourdonnements d'oreilles et éblouissements ; la douleur était telle, raconte-t-il, que très-fréquemment, dans la journée, il était obligé de s'appuyer contre le mur pour ne pas tomber. Cependant la vue était restée nette ; mais, la céphalalgie persistant, vers la fin de septembre sa vue commença à s'affaiblir à tel point que, durant ses repas, il lui arrivait par instants de ne plus voir son assiette, tant épais était le nuage qui lui voilait les objets ; de temps en temps, des lames d'argent scintillaient devant lui, et les objets lui apparaissaient doubles. Le mal alla s'aggravant, et c'est à peine si Désiré voit suffisamment pour se conduire, quand il se présente à l'examen de M. Morel Lavallée. Ses souffrances sont continuelles, plus de repos, les pupilles ne sont pas dilatées, elles ont aussi gardé toute leur mobilité. On lui fait immédiatement une saignée de quatre palettes. Le lendemain, 22, une bouteille d'eau de Sedlitz, un pédiluve sinapisé. Le 23, un séton lui est passé derrière le cou. Une amélioration assez notable s'est fait sentir ; la tête est moins lourde, les éblouissements moins fréquents ; néanmoins, le 25, on appliqua quinze sangsues derrière chaque oreille, et, dès le lendemain, le malade annonce spontanément que toute douleur a disparu, comme si l'on avait soufflé dessus ; plus d'éblouissements, la vue est nette comme avant la maladie. On attend quelques jours encore, et Désiré part, le 6 décembre, complétement rétabli par un traitement antiphlogistique énergique de moins de huit jours. Depuis, le malade, qui n'a pas d'ouvrage, est venu plusieurs fois à la consultation, assurer qu'il n'éprouvait plus le moindre trouble dans la vision, ni douleur à la tête.

Depuis cette époque, j'ai quitté l'hôpital de la Charité, où je remplaçais M. le professeur Gerdy, pour passer à l'hospice des Enfants-Trouvés, et l'occasion m'a manqué pour appliquer de nouveau la méthode. Mais, sur huit cas, six succès.

C'est certainement là un résultat remarquable, quand il s'agit d'une affection rebelle comme l'amaurose. Elle avait, dans la plupart des cas, la forme congestive. Or, voici le pronostic qu'a tracé, de cette forme, un homme d'une grande expérience :

Tant que l'amaurose congestive est dans la période de début, et que la vision n'est pas très-altérée, le praticien peut *hasarder* un pronostic favorable. Dans la période confirmée, ou quand la vision est *presque éteinte* ou *complétement détruite,* le *pronostic* est *extrêmement défavorable*, lors même que la maladie n'a que peu de jours de durée. Si la *vision est nulle, il n'y a guère d'espoir de guérison.* Quand le malade est resté *plusieurs mois dans cet état*, *il est rare qu'on obtienne le plus léger amendement* (Mackenzie, *Traité pratique des maladies des yeux*, p. 691 ; traduction de MM. Laugier et Richelot). Or, chez presque tous nos malades, la vision était nulle, et presque nulle chez les autres et depuis longtemps; et cependant presque tous ont guéri.

Le succès ayant été le même, quand nous attaquions une autre forme d'amaurose par les mêmes médications antiphlogistiques et révulsives, n'y a-t-il pas lieu de se demander si la forme asthénique n'est pas extrêmement rare, si même elle est fondée en pratique? Les raisons sur lesquelles on l'appuie sont-elles, en effet, très-solides? On a tiré ces bases des causes, des symptômes et des résultats du traitement.

Examinons rapidement la valeur de ces trois ordres de caractères fondamentaux.

On trouve bien, dans certaines causes assignées à cette forme, une relation, en apparence, plausible avec la nature asthénique de maladie. Ainsi la vieillesse, les pertes séminales, urinaires, salivaires, sanguines, etc., semblent bien se concilier avec l'idée d'une amaurose par épuisement. Mais ne se pourrait-il point aussi qu'il n'y eût là qu'une simple coïncidence, et que, sous des influences spéciales, un travail fluxionnaire *local* s'emparât de l'appareil nerveux optique, au milieu de la débilité générale de l'organisme?

Dans les cas de trouble de la sécrétion urinaire, ne se peut-il pas que l'abolition de la vue reconnaisse une cause plus élevée que l'affaiblissement général résultant de cette altération de sécrétion, c'est-à-dire la lésion encéphalique, elle-même, dont le trouble de la fonction rénale n'est qu'une conséquence? En est-il autrement de l'amaurose qui se lie à l'albuminurie? Et qui pourrait, dans cette lésion primitive de l'encéphale, rejeter, avec quelque certitude, l'élément congesif?

Les *symptômes* offrent-ils une signification moins douteuse? Nous ne le pensons pas. On peut, en effet, sous ce rapport, former trois groupes d'amauroses, fondés, en quelque sorte, sur la dégradation des symptômes.

Le premier groupe se caractérise souvent, surtout au début, par la photophobie, du larmoiement, de la rougeur dans la conjonctive,

un resserrement de la pupille. Ces cas, qui prendraient tout aussi bien le nom d'iritis ou de rétinite, constituent la forme la mieux accusée de ce qu'on a appelé l'amaurose sthénique.

Dans le deuxième groupe, il n'y a plus que des sensations lumineuses, des scintillations, des corpuscules brillants, des bandes, des anneaux colorés; c'est une autre variété de l'amaurose sthénique.

Le troisième groupe n'offre même plus de phénomènes lumineux; au lieu de corpuscules brillants, ce ne sont plus que des mouches noires, des teintes obscures; c'est l'amaurose asthénique.

Cette dégradation des symptômes d'un groupe à l'autre n'indique-t-elle pas moins une différence de nature dans la lésion que des nuances dans ses manifestations? Ne retrouve-t-on pas ces variétés dans les autres maladies? Est-ce que le point de côté, la dyspnée, etc., sont les mêmes dans toutes les pleurésies, d'ailleurs analogues? Est-ce que ces symptômes ne sont pas d'une intensité extrême dans certains cas, tandis qu'ils sont à peine marqués ou manquent absolument dans d'autres? Et pour ne pas nous éloigner de l'œil, est-ce que la photophobie est au même degré dans tous les iritis, d'ailleurs d'une égale intensité, dans toutes les ulcérations scrofuleuses de la cornée; ne l'y voit-on pas extrême, nulle, ou modérée? Pourquoi en serait-il autrement de l'amaurose? Sa faible intensité, ou même l'absence de la photophobie ou des sensations lumineuses, excluéraient-elles sa nature sthénique?

Quant au résultat favorable d'une *thérapeutique* excitante, il n'est pas autant en opposition avec l'existence de l'élément phlegmasique qu'il pourrait le paraître au premier abord. Parmi les excitants qui ont réussi, prenons tout de suite le plus énergique, le galvanisme. Est-il inadmissible que cet agent puissant imprime à l'appareil optique des modifications vitales, qui en dissipent l'engorgement? Serait-il plus difficile à comprendre que l'action résolutive du fer rouge sur une tumeur blanche? Enfin, plusieurs de nos propres malades, qui ont guéri par les antiphlogistiques, offraient la forme dite asthénique. Cette forme asthénique, si elle est réelle, serait donc beaucoup plus rare qu'on ne le pense généralement.

Quoi qu'il en soit du côté théorique de la question, de quelque façon qu'on explique les succès de la méthode que j'ai indiquée, ces succès restent, et la recommandent suffisamment au praticien.

CHIMIE ET PHARMACIE.

GLYCÉROLÉS DE MORPHINE, DE STRYCHNINE, DE VÉRATRINE, D'ATROPINE.

La méthode iatraleptique fournit à la pratique médicale des ressources précieuses. Lorsqu'un obstacle mécanique, physiologique ou pathologique, ne permet pas l'introduction des médicaments dans l'appareil digestif, le tégument vient, en effet, offrir au praticien une voie nouvelle d'absorption. Dans quelques idiosyncrasies qui s'opposent à l'usage intérieur des agents médicamenteux, l'observation a encore prouvé que certains malades, qui ne pouvaient tolérer l'usage d'aucun d'eux, en subissaient les bons effets lorsqu'on venait à substituer l'emploi extérieur de ces préparations à leur administration à l'intérieur. Mais c'est surtout alors qu'une action locale peut venir en aide aux médications générales que les frictions médicamenteuses rendent les services les moins contestables. Dans les lésions des systèmes nerveux, fibreux et musculaire, qui se relient à des diathèses, à des cachexies, à des intoxications, pendant qu'on confie à l'ingestion stomacale les agents destinés à combattre l'affection, on aide puissamment à leur action curative en agissant directement sur les tissus lésés.

La faible puissance d'absorption dont jouit l'appareil tégumentaire fait une loi aux praticiens d'employer, pour ces actions topiques, les préparations les plus énergiques; et la chimie, en isolant chaque jour de nouvelles bases organiques, vient élargir le cercle d'intervention ainsi que la puissance des médications locales.

Lorsqu'un médicament doit être administré par voie de frictions, la première condition est qu'il soit dissous dans le corps auquel il est incorporé; on n'a pas étudié encore avec assez de soin la valeur relative des dissolvants des alcaloïdes. L'importance de cette question nous engage à rectifier une erreur que nous avons commise à cet égard. On rencontre dans quelques officines une préparation désignée sous le nom d'huile de morphine, bien que cet alcaloïde et ses sels ne soient nullement solubles dans l'huile d'olives ou d'amandes douces. En vue de rendre cette préparation possible, M. Saint-Lager était venu proposer de dissoudre la morphine pure dans un peu de chloroforme, puis d'ajouter ce soluté à l'huile. En reproduisant ce fait dans notre dernier numéro, nous étions loin de penser que nous aurions à rectifier cette assertion : il est si simple de constater la solution d'un corps! Cette indication de M. Saint-Lager est cependant erronée. Les sels de morphine ne sont pas plus solubles dans le chloroforme que dans les corps gras ; aussi,

pour remplacer ces derniers, M. Soubeiran indique la glycérine et propose la formule suivante :

Acétate de morphine. . . . . . 1 gramme.
Glycérine. . . . . 100 grammes.

Faites dissoudre à chaud ou à froid.

Depuis plus d'une année, nous nous servons avec un grand avantage, pour nos médications topiques, de la glycérine ; seulement nous devons prévenir les praticiens que ce ne sont pas les alcaloïdes, mais leurs sels, qui sont solubles dans ce véhicule. A la formule de M. Soubeiran, que nous avons mise nombre de fois en usage, nous ajouterons les trois suivantes, qui nous ont donné de bons résultats :

Sulfate de strychnine........ 1 gramme.
Glycérine.................. 50 grammes.

Une cuillerée à café en frictions sur les membres paralysés ; sur les membres et la colonne vertébrale dans la chorée ; sur les tempes, dans les cas d'amauroses torpides.

Lorsque l'alcaloïde existe seul dans la matière médicale, la vératrine, l'atropine, par exemple, on fait dissoudre d'abord la base organique dans un peu d'acide chlorhydrique :

Vératrine.................. 2 gr. 50 centigr.
Acide chlorhydrique, q. s.
Glycérine.................. 50 gr.

Une cuillerée à café en frictions, matin et soir, sur les articulations qui sont le siége de douleurs rhumatismales chroniques ; sur la région sacro-lombaire, chez les femmes affectées de menstruation douloureuse.

Atropine. . . . . 1 gr.
Acide chlorhydrique, q. s.
Glycérine............. 25 gr.

40 à 50 gouttes en onctions, répétées trois fois dans la journée, sur le trajet des nerfs sus et sous-orbitaires. Peut-être pourrait-on employer cette formule avec le même avantage, dans les cas de névralgie faciale. Lorsque la glycérine n'est pas bien préparée, elle conserve une odeur fade que l'on doit masquer en aromatisant la solution avec une essence quelconque, surtout lorsque les préparations sont destinées à être appliquées sur la face.

Ces formules ne sont que provisoires, car les glycérolés sont en ce moment, nous le savons, l'objet d'une étude complète de la part de MM. Cap et Garot, qui ne tarderont pas à en publier les résultats. Nous reviendrons alors sur ce sujet.

REMARQUES SUR LA PRÉPARATION DU PERCHLORURE DE FER A L'ÉTAT SOLIDE; FORMULES POUR SON EMPLOI.

Comme on se sert seulement pour les usages thérapeutiques des solutions de perchlorure de fer, nous avons dit (t. XLV, p. 451) qu'on terminait la préparation du sel de fer, lorsqu'on avait évaporé la dissolution du chlorure ferrique jusqu'à ce qu'une goutte se figeât par le refroidissement. Au lieu d'étendre alors la dissolution et de l'amener au degré de concentration habituellement employé, nous croyons que les pharmaciens feront mieux de poursuivre l'opération, ainsi que l'a indiqué M. Gobley, et d'obtenir du perchlorure de fer à l'état sec. La solution ferrique devient alors une préparation magistrale que le chirurgien peut prescrire au degré exigé par l'emploi auquel il le destine, sans sortir de ses habitudes de formuler.

Pour obtenir le perchlorure à l'état solide, on verse la dissolution dans une assiette très-légèrement huilée; on la recouvre immédiatement avec une autre assiette et on lute la jointure; au bout de vingt-quatre heures, on sépare les assiettes, on casse le chlorure par morceaux, et on l'enferme dans de petits flacons bien secs, et que l'on bouche avec grand soin.

Les solutions du perchlorure s'acidifient assez promptement, et lorsqu'on veut les employer, un mois ou deux après leur préparation, on est obligé de recourir à de nouvelles manipulations que nous avons indiquées, pour leur rendre le degré de densité qu'elles ont perdu. Mieux vaut donc, pour le pharmacien, conserver le sel de fer à l'état solide.

Une difficulté se présentait pour ces solutions extemporanées du chlorure sec : M. Gobley vient de la trancher en déterminant par l'expérience les proportions de chlorure ferrique et d'eau nécessaires pour former les solutions aux degrés de densité dont les chirurgiens ont besoin. Voici les nombres que donne ce chirurgien pour les degrés de l'aréomètre de Beaumé :

45 degrés	— chlorure	53,85	Eau 46,15.
30 degrés	—	34,65	— 65,35.
20 degrés	—	21,30	— 78,70.
15 degrés	—	16,35	— 83,65.

Le chlorure sec, ajoute M. Gobley, renferme sensiblement le cinquième de son poids d'eau; il sera donc toujours facile de connaître la quantité de chlorure anhydre que contiennent les solutions ferriques. Ainsi celles de 45°, —30°, —20°, — 15° en renferment sensiblement 43,10, — 29,70, — 17,05, — 12,10 pour 100.

Les divers essais tentés nous permettent de proposer la formule suivante, lorsque la solution doit être employée aux usages topiques, dans les cas d'hémorrhagie, ou comme modificateur des ulcères et des plaies en suppuration :

Perchlorure sec.......	55 grammes.
Eau distillée..........	45 —

Cette solution marque un peu plus que 45°.

Quant aux solutions destinées à être injectées dans les tumeurs anévrysmales et érectiles, les expérimentateurs devront commencer par l'essai d'un liquide marquant environ 21 degrés, et ainsi formulé :

Perchlorure sec.......	25 grammes.
Eau distillée.........	75 —

NOUVELLE FORMULE POUR L'ENROBAGE DES PILULES.

Nous avons signalé le nouveau mode d'enrobage des pilules par le saccharolé de mucilage de lin, que M. Calloud, pharmacien à Chambéry, présentait comme préférable à la gomme arabique employée simultanément avec le sucre. Ce saccharolé ne fournissant pas toujours une enveloppe parfaitement blanche, M. Calloud a poursuivi ses recherches sur les matières d'enrobement pilulaire; voici le procédé auquel il s'est arrêté, et qu'il vient d'adresser à M. Dorvault :

Je fais maintenant un mucilage de gomme adragante de la même manière que pour la préparation des tablettes, je les passe à travers un linge, avec expression; je mêle exactement ce mucilage à une certaine quantité de sucre de lait en poudre fine dont je fais une pâte molle, je l'émiette et je l'étends sur des plateaux de terre vernissée, je la fais dessécher d'abord lentement, puis j'en achève la dessiccation à l'étuve. La matière bien desséchée, je la pulvérise dans un mortier de marbre pour obtenir ensuite, à l'aide d'un tamis de soie, une poudre blanche et bien fine.

Cette poudre donne un enrobage blanc et bien moins hygrométrique que par le saccharolé de lin, elle fournit une assez belle couverte.

Voici les proportions de cette poudre involvante :

Gomme adragante entière.	50 gram.
Eau distillée............	100
Sucre de lait pulvérisé....	1,000

L'opération de l'enrobage ou involvage avec cette composition se fait extemporanément avec la plus grande facilité. Les pilules préalablement mouillées d'un peu d'eau, soit simple, soit aromatique, sont roulées, suivant la méthode ordinaire, dans la composition réduite en poudre.

REMARQUES SUR UNE RÉCLAMATION DE M. GILLE.

M. Gille nous a adressé une longue reclamation à propos des observations de notre collaborateur, M. Deschamps, sur la composition de l'huile de proto-iodure de fer. L'honorable pharmacien ayant publié cet article dans le Répertoire de pharmacie, nous nous dispenserons de le reproduire; le *Bulletin* n'a pas l'habitude d'insérer des travaux de seconde main. Les remarques de M. Gille portent spécialement sur deux points : d'abord sur le côté chimique de la question, puis sur le côté clinique. Nous ne rentrerons pas dans la discussion des faits chimiques traités par M. Deschamps, et nous nous contenterons de dire à M. Gille que nous acceptons la preuve qu'il nous offre de la valeur clinique de sa préparation. « L'utilité de l'huile d'iodure de fer, dit-il, est aujourd'hui prouvée par des faits hors de toute contestation. Un observateur aussi rigoureux que distingué, M. Vigla, a constaté que, non-seulement l'huile de proto-iodure de fer est un médicament utile, mais qu'il produit les effets qu'on doit attendre d'un médicament qui contient l'iodure de fer sous forme liquide. M. le professeur Maillot a constaté les mêmes résultats, au Val-de-Grâce. » Que M. Gille nous fournisse ces observations, qui témoignent de la valeur de l'huile d'iodure de fer, et nous nous empresserons de les publier. Une préparation pharmaceutique peut ne pas présenter une détermination chimique rigoureuse et être un médicament réellement utile; mais, pour que ce jugement soit accepté des praticiens, il faut qu'une expérimentation clinique rigoureuse ait eu lieu : les témoignages des savants confrères cités par M. Gille nous suffiront à cet égard. DEBOUT.

CORRESPONDANCE MÉDICALE.

DE L'EMPLOI DU SULFITE DE SOUDE CONTRE LES ACCIDENTS MERCURIELS.

Rien de plus fréquent que de voir survenir, pendant la durée d'un traitement mercuriel, dirigé contre une maladie syphilitique ou contre des phlegmasies diverses, des accidents fâcheux de stomatite ulcéreuse, de diarrhée, de fièvre, souvent suivis de ramollissement fongueux des gencives, de caries dentaires, de douleurs dans les membres, etc. Il faut suspendre un traitement qu'il serait, dans beaucoup de cas, urgent de continuer, et l'on est réduit à combattre une affection toujours pénible, quelquefois dangereuse, puis à redouter le retour de cette fâcheuse complication, quand on est obligé de revenir aux pré-

parations hydrargiriques. Les malades perdent patience, et maudissant avec le préjugé populaire le mercure, cause de tous leurs maux présents et à venir, se jettent entre les bras des charlatans, et sont livrés aux tisanes dépuratives et aux robs végétaux, dont le mercure est soigneusement exclu, sur l'étiquette du moins.

C'était donc tenter une chose utile que de chercher un moyen qui non-seulement guérît complétement les accidents produits par l'usage trop prolongé, inopportun ou mal supporté, des préparations mercurielles, mais encore en prévînt le retour et permît de continuer ce traitement, sans crainte de voir reparaître ces tristes complications. Je crois avoir été assez heureux pour trouver l'agent destiné à réaliser d'une manière très-satisfaisante ces vues, et je m'empresse de l'indiquer aux sages expérimentations de mes confrères.

Il ne sera peut-être pas sans intérêt de connaître la série d'expériences et de déductions qui m'ont conduit à ces résultats.

Amené à étudier, dans un travail tout récemment publié (1), le mode d'action des eaux sulfureuses dans la syphilis simple ou compliquée et dans l'intoxication mercurielle, je dus insister sur ce fait remarquable, qui ressortait de mes observations à Ax, de celles de M. Fontau à Luchon, et de M. Pagès à Barèges, c'est que ces eaux guérissaient les suites de l'usage abusif du mercure, et prévenaient la salivation et la stomatite mercurielles, pendant que l'on en faisait usage en boissons et en bains. Rapprochant de cet aperçu l'emploi que faisait Hæcker du soufre contre les accidents hydrargyriques, et l'usage que pendant mon internat dans les hôpitaux de Paris consacrés aux maladies vénériennes, à Lourcine et au Midi, j'avais vu faire du soufre sous forme d'opiat associé à la limonade nitrique, comme le pratique mon excellent maître M. Ricord, je cherchai à m'éclairer sur le mode d'action des sulfureux dans ces cas.

J'instituai alors une série d'expériences, aussi longues que minutieuses, sur les animaux (chiens, lapins, cochons d'Inde), et sur plusieurs malades qui voulurent bien s'y prêter.

Je me bornerai ici à en relater les conclusions assez inattendues. Le soufre se transforme en partie en sulfure dans le tube intestinal, au contact des liquides alcalins, comme l'avait, du reste, indiqué théoriquement M. Mialhe. Les sulfures sont rapidement absorbés ; ils jouissent d'une action altérante et fluidifiante fort curieuse sur les matières albuminoïdes et les matières catarrhales, ainsi que d'une action toxique

(1) De la médication sulfureuse appliquée au traitement des maladies chroniques, par le docteur Gustave Astrié ; in-4° de 328 pages et de tableaux. Chez Labé.

très-énergique ; ils laissent dégager un peu d'acide sulfhydrique, probablement sous l'influence de l'acide carbonique charrié par le sang de la veine-porte, traversent le foie et s'oxygènent rapidement dans la circulation cardiaco-pulmonaire, en donnant naissance à des hyposulfites et à des sulfites, et même à des sulfates. Ce sont ces produits, et non plus des sulfures, que l'on retrouve dans les diverses sécrétions, à moins que l'animal n'ait ingéré des doses assez élevées de sulfure pour que tout le composé n'ait pas pu être modifié par l'oxygénation pulmonaire.

Ces résultats confirment et complètent ceux obtenus par M. Bonjean avec les eaux sulfureuses de Challes en Savoie.

J'étais naturellement amené par ces faits à étudier le mode d'action des hyposulfites et des sulfites, dérivés des sulfures préalablement ingérés, et en ce qui touche à l'intoxication mercurielle. Voici quelques-uns de mes essais.

Vient-on à verser dans l'albumine une solution de deutochlorure de mercure jusqu'à formation d'un précipité épais, il suffit de l'addition de quelques gouttes de sulfite ou d'hyposulfite de soude, pour rendre à la liqueur toute sa transparence ; on obtient le même effet avec les sulfures, mais la liqueur brunit. Remplace-t-on l'albumine par le sérum du sang contenant un peu de partie cruorique, l'on observe les mêmes effets ; seulement le sulfite redissout plus vite et plus nettement le précipité, en colorant la liqueur en rouge un peu rosé, tandis que celle-ci prend une teinte noire avec le sulfure, et ce n'est qu'en ajoutant un excès de sulfure que le précipité finit par se redissoudre.

De quelque manière que l'on varie l'expérience, on est toujours sûr d'arriver à une solution rapide et définitive du précipité albumino-mercurique par ces trois corps séparés ou associés, tandis que le sulfate de soude n'a pas d'action bien sensible sur lui.

L'adjonction d'une solution légère d'acide nitrique n'entrave en rien ces réactions ; l'addition du carbonate de soude rend possible la dissolution complète par les sulfures seuls, etc.

D'un autre côté, M. Mialhe avait démontré que toutes les préparations mercurielles usitées, en réagissant sur les dissolutions des chlorures alcalins, seules, ou avec le concours de l'air, produisent du sublimé corrosif, ou pour mieux dire un chlorure hydargyro-alcalin, ce qui se passe aussi dans l'économie.

Dans tout cela, le fait de l'action dissolvante, si puissante et si rapide, du sulfite de soude sur le précipité insoluble albumino-mercurique, m'était acquis.

Il ne me restait qu'à rapprocher de ce résultat important les faits bien constatés de l'élimination lente et incomplète des sels mercuriels

par les excrétions, et de leur présence signalée dans les organes très-longtemps après un traitement prolongé, les accidents qui doivent suivre cette accumulation de dose et d'action toxique, l'efficacité du traitement mercuriel associé aux bains sulfureux, etc., pour tirer de cet ensemble les conclusions suivantes, si différentes de l'opinion reçue :

1° Les sulfureux n'agissent pas, comme on s'accorde à le dire, en neutralisant, par formation d'un sulfure insoluble, l'excès des sels mercuriels.

2° Lorsqu'à la suite de l'usage prolongé des mercuriaux, il survient des accidents de saturation et de cachexie mercurielles, les eaux sulfurées par les sulfures, et surtout par les sulfites et les hyposulfites qu'elles introduisent dans le sang et les trames organiques, rendent solubles les composés albumino-hydrargyriques qui fixent les sels de mercure dans les tissus, et facilitent leur élimination sous forme de composés solubles, que la suractivité imprimée aux sécrétions cutanées et muqueuses ne laisse plus séjourner longtemps dans l'économie.

3° L'expulsion graduelle, et dans des conditions très-favorables, des composés mercuriels, dont la présence prolongée dans l'économie troublait les fonctions générales, rend compte de l'efficacité des eaux sulfureuses pour prévenir les accidents d'accumulation toxique et guérir la cachexie mercurielle.

4° L'adjonction de la limonade nitrique à l'opiat soufré, qui constitue la base du traitement des accidents mercuriels mis en usage par M. Ricord, n'entrave nullement le fait de la dissolution.

5° Le sulfite de soude l'emporte sur les autres composés par la rapidité et la netteté de son action altérante et dissolvante.

De là à l'application directe du sulfite de soude dans ma pratique médicale, et à son adjonction aux préparations mercurielles dans le traitement de la syphilis, pour guérir ou pour prévenir les accidents hydrargyriques, et pour combattre, en outre, des complications dartreuses qui viennent si souvent s'associer à la diathèse syphilitique, il n'y eut qu'un pas. Les résultats répondirent à mes prévisions.

Il me suffira de citer les faits suivants :

Obs. I. M. X. arrive à Carcassonne avec une syphilis secondaire caractérisée par des plaques muqueuses ulcérées de l'arrière-gorge, et une éruption papuleuse générale. Il a déjà subi des traitements mercuriels incomplets, que des accidents de salivation l'ont forcé d'interrompre à plusieurs reprises. Ce n'est qu'avec peine qu'il se soumet à un traitement gradué par les pilules au protoiodure de mercure associées aux bains de vapeur. Au septième jour, l'éruption avait disparu, la bouche était considérablement améliorée. Au douzième survint, malgré toutes nos précautions, une stomatite intense avec gonflement violacé des gencives, et ulcération de la joue

vers la dernière molaire droite; le malade suspend le traitement et se met à l'usage d'une solution de 50 centigr. et puis d'un gramme de sulfite de soude à prendre en deux fois, le matin et le soir. Dès le troisième jour, l'amélioration est très-prononcée, et dès le cinquième il reprend le traitement mercuriel, tout en continuant l'usage du sulfite. Il a continué pendant deux mois leur usage, et n'a plus vu se reproduire la stomatite et les troubles digestifs qui l'avaient si cruellement éprouvé d'autres fois. Aujourd'hui sa bouche est en parfait état, ses dents solides et belles, et il ne se plaint d'aucun accident.

Obs. II. Un jeune homme de vingt-trois ans, pâle et lymphatique, soumis mal à propos à un traitement mercuriel très-actif par la liqueur de Wanswiéten et les frictions mercurielles pour un bubon strumeux, me fit appeler, tout effrayé de la stomatite grave, avec coliques et diarrhée, qui depuis trois jours s'était déclarée. Il se croyait empoisonné, et son haleine était d'une fétidité repoussante. J'eus recours à la cautérisation gingivale avec l'acide chlorhydrique pur, pour modérer le flux salivaire et la tension douloureuse des gencives, et je conseillai ensuite l'usage du sulfite de soude. Amendement notable au quatrième jour; guérison complète au dixième.

Obs. III. Une dame de trente-huit ans, en pratiquant sur une de ses parentes des frictions mercurielles, fut prise d'une violente stomatite avec douleurs de tête, dégoût des aliments et abattement général. Depuis huit jours, elle avait essayé, sans grand soulagement, des gargarismes alumineux et des purgatifs. La cautérisation gingivale avec l'acide chlorhydrique, et l'usage du sulfite, firent cesser tous ces accidents en six jours. J'ai l'habitude, dans les cas graves, d'employer la cautérisation gingivale pour modifier plus rapidement l'état des gencives et de la bouche, et j'y recours d'autant plus volontiers, que le sulfite m'a paru augmenter tout d'abord, chez certains sujets, le flux salivaire. Je regrette de n'avoir pas recherché, dans ces cas, les traces de quelque composé mercuriel dans les sécrétions buccales de mes divers malades.

Je commence par 50 centigr. de sulfite de soude et je dépasse rarement la dose de 2 gram. par jour. Ce sel a une saveur saline fraîche, avec un arrière-goût qui rappelle la noisette grillée; il est loin d'avoir les qualités irritante et toxique des sulfures, et sa saveur n'est nullement désagréable. Il se dissout très-facilement, et on peut le prendre soit dans un verre d'eau sucrée, ou de sirop de groseille, de limons, etc. Ce sel est très-bien supporté par l'estomac, et m'a paru stimuler les fonctions digestives et porter aux urines.

Déjà d'autres faits sont venus confirmer mes propres résultats. Un jeune et habile médecin de Toulouse, M. Omer Colomiès, a, de son côté, employé plusieurs fois, avec des succès remarquables, le sulfite de soude dans des cas analogues ; et, dans ses belles recherches sur les eaux minérales des Pyrénées, M. le professeur Filhol rapporte six observations de cette nature recueillies par M. Colomiès, sur sa demande, dans le but de vérifier les assertions que j'émettais touchant le rôle des

hyposulfites et des sulfites dans un mémoire sur les eaux sulfureuses, couronné cette année par la Société de médecine de Toulouse.

Il me suffira de donner l'exposé sommaire de ces observations, dont on pourra prendre connaissance dans l'ouvrage cité (1).

Obs. I. Chancres et bubons. Traitement mercuriel, suivi, au bout d'un mois, d'une stomatite. Emploi d'une solution de sulfite de soude, à la dose de 16 grammes pour un litre d'eau, dont le malade prend un quart de verre matin et soir. Guérison en peu de jours. Les deux médicaments furent continués simultanément sans nouvel accident.

Obs. II. Syphilis. Traitement mercuriel actif. Stomatite. Suspension du traitement. Sulfite de soude, à la dose de 30 grammes dans un litre d'eau, dont le malade prend un demi-verre le matin. Guérison des chancres au huitième jour, et de la stomatite au quinzième.

Obs. III. Emploi simultané du sulfite de soude et des pilules de protoiodure de mercure, chez un étudiant atteint de syphilis. Guérison des accidents syphilitiques sans complication de stomatite.

Obs. IV. Traitement mercuriel pour un chancre et un bubon. Stomatite persistante, malgré l'emploi des purgatifs. Reprise du traitement mercuriel associé au sulfite de soude. La stomatite guérit et ne reparaît plus.[1]

Obs. V. Stomatite mercurielle très-grave survenue chez une jeune femme. Emploi du sulfite de soude seul. Guérison complète au quinzième jour.

Obs. VI. Chancres. Traitement par les pilules de Dupuytren. Stomatite. Adjonction du sulfite de soude au traitement mercuriel. Guérison des accidents syphilitiques et de la stomatite, qui ne reparaît plus.

Ces faits, que je pourrais multiplier, me paraissent suffisants pour établir l'action toute spéciale du sulfite sodique dans l'*hydrargyrisme*, et engager les praticiens à recourir à un moyen d'un emploi aussi sûr que facile.

Gustave Astrié, D.-M.,
à Carcassonne (Aude).

SUR UNE DIFFORMITÉ PROVOQUÉE DES ORTEILS.

Au moment où les opérations des Conseils de révision vont avoir lieu par toute la France, il est bon de signaler aux officiers de santé, appelés à éclairer leurs décisions, un genre de supercherie auquel plus d'un médecin instruit et attentif s'est laissé prendre, et qui, je le crains bien, a dû être enseigné, dans le principe, par quelque membre indigne du corps médical. Il consiste à produire à volonté cette difformité d'un des orteils dans laquelle le sujet marche sur l'ongle, et sur l'extrémité recourbée de ce même orteil; ce qui a constitué, jusqu'à présent, un cas péremptoire de réforme.

Aussitôt le tirage effectué, ou même un mois ou deux d'avance, l'heureux possesseur du secret maintient dans une flexion forcée, à

[1] Eaux minérales des Pyrénées, par M. E. Filhol; in-8. Paris, Victor Masson (p. 418).

l'aide d'une bande étroite et longue, le second ou le troisième orteil de l'un ou l'autre pied, de préférence le second, qui est plus long, et se prête mieux que tout autre à cette manœuvre. Il en résulte, d'abord, de la gêne et de la douleur dans la marche, quelquefois même une claudication qui rend le repos indispensable, et que le patient explique par un accident de profession, la chute d'une pièce de bois, d'une pierre, d'un lourd marteau sur le pied, par l'écrasement de cette partie par le pied d'un cheval, une roue de voiture, etc. Cependant, les premiers accidents cèdent au repos, à l'habitude de la compression, et bientôt la marche est possible, à la condition de se servir de chaussures très-larges, ou échancrées convenablement. La flexion de l'orteil est maintenue et même augmentée progressivement, et, dans un temps donné, elle devient permanente, et le redressement impossible, par suite de la destruction de l'antagonisme musculaire. Deux mois ont suffi chez un individu, qui m'a fait son confident assez longtemps après la réforme. J'ai lieu de croire, en rassemblant certains faits à ma connaissance, que d'autres s'y étaient pris au moins deux mois avant le tirage, distant de six semaines ou deux mois de la révision.

Comment voulez-vous reconnaître cette fraude ? me disait un chirurgien militaire, que je plaisantais sur la facilité avec laquelle il s'était laissé surprendre un an auparavant. Quelle différence existe-t-il entre la flexion naturelle et la flexion artificiellement produite, mais devenue réelle? Dans l'un et l'autre cas, le tendon n'est-il pas contracté d'une manière insurmontable ou qui se reproduit à l'instant, et la marche sur le bout du doigt et sur l'ongle n'est-elle pas également inévitable?

Je pense que l'éveil une fois donné sur cette simulation qui, du reste, à force de se représenter, ne ferait plus de dupes, je pense, dis-je, qu'il n'est pas impossible de la reconnaître. En effet, si les manœuvres datent de peu de temps, l'orteil doit conserver un gonflement, une rougeur, une chaleur, un état enfin de subinflammation que ne présente pas la flexion naturelle et d'ancienne date. Ces signes auront pu disparaître, dira-t-on, et l'embarras du médecin sera grand si la fraude remonte à une époque plus éloignée. Mais l'orteil travaillé, que l'on me passe cette expression, ne doit pas présenter l'induration cornée du bout de sa pulpe, l'usure et l'atrophie de l'ongle, qui sont le résultat de la marche sur ces parties, depuis nombre d'années. Enfin, dans les cas douteux, et il peut s'en trouver, il reste la ressource, souvent employée en d'autres circonstances, de l'ajournement avec mise en observation dans un hôpital, et, là, je ne le mets pas en doute, des moyens opposés, dans leur action, à ceux qui ont été mis en œuvre, auront, en peu de temps, rendu aux extenseurs leur force d'antago-

nisme, et guéri l'affection. Qui sait même, et je n'ai pu m'en assurer, si nos fraudeurs n'ont pas reçu une éducation suffisante pour savoir appliquer le remède à la maladie, lorsque le danger est passé? X...

Ancien chirurgien des armées impériales.

BIBLIOGRAPHIE.

Cours théorique et clinique de pathologie interne et de thérapeutique médicale, par M. E. Gintrac, professeur de clinique interne, et directeur de l'École de médecine de Bordeaux, etc. 3 vol. in-8°; chez Germer-Baillière.

M. Gintrac n'a fait paraître encore que les trois premiers volumes de l'œuvre si importante qu'il a entreprise; mais leur publication nous permet de mesurer déjà la portée de cette œuvre, de bien comprendre le but éminemment utile que le savant professeur a en vue, et de juger, en connaissance de cause, de la manière large et élevée avec laquelle il a su atteindre ce but. Ainsi que l'indique son titre, le cours théorique et clinique de pathologie interne et de thérapeutique médicale n'est ni un traité sommaire, un simple résumé des connaissances de notre époque, ni une collection d'observations empruntées à la clinique et à la longue pratique de son auteur; ou, pour mieux dire, ce livre participe à la fois du caractère de ces deux espèces de publications. M. Gintrac s'est bien proposé de dresser comme l'inventaire de nos connaissances les plus positives, en puisant à toutes les sources, de les enchaîner autant que possible les unes aux autres, de parcourir en entier le domaine de la pathologie médicale, d'en étudier avec soin les points culminants, de pénétrer aussi dans les sentiers les moins fréquentés, afin d'y planter des jalons utiles aux jeunes praticiens ; mais, dans cette longue carrière, le savant professeur ne marche qu'appuyé sur des recherches personnelles très-étendues, sur un faisceau d'observations recueillies au lit du malade, dont le nombre ne s'élève pas à moins de quinze mille; de sorte que l'expérience particulière de l'auteur vient, à chaque pas, éclairer, contrôler et confirmer en même temps les solutions données par lui aux questions controversées de notre science.

Et quand on pense que c'est au milieu d'une grande ville dont il est le médecin le plus honoré et le plus répandu, en arrachant à une clientèle très-nombreuse des moments toujours disputés et si bien remplis, d'un autre côté, par un service d'hôpital et par un enseignement clinique des plus florissants, que M. Gintrac est parvenu à réunir les matériaux d'un ouvrage aussi important, et, pourquoi ne le dirions-

nous pas? aussi gigantesque, on ne peut se défendre d'un sentiment de haute estime et d'admiration pour un aussi noble courage. En jetant un regard autour de soi, on se demande même où l'on trouverait parmi nous, dans ce qu'on appelle le centre des lumières et des sciences, un homme d'un esprit assez puissant et assez fortement trempé pour concevoir, et surtout pour mener à fin, une pareille tâche. Les écoles de médecine de province, auxquelles on a infligé le nom d'écoles secondaires, ne sont donc pas, comme tant de personnes paraissent le croire, de simples lieux de passage et de préparation à des études plus fortes et plus sérieuses. Nombre de professeurs qu'elles renferment brilleraient au premier rang dans nos écoles officielles, qui s'éclipsent et s'éteignent sans bruit, parce qu'ils ne trouvent personne pour les apprécier. Plaise à Dieu que l'exemple de M. Gintrac ne soit pas perdu, et que tant d'hommes que nous ne voulons pas nommer, de peur d'offenser leur modestie, n'oublient pas qu'ils doivent compte à leurs confrères, à la science, à la société, des trésors d'expérience et de savoir qu'ils ensevelissent dans l'obscurité et le silence!

La nature spéciale de ce journal, destiné principalement à la thérapeutique, nous met plus que d'autres à l'aise, relativement à l'ouvrage de M. Gintrac; nous nous bornerons à dire quelques mots de la disposition générale de l'ouvrage. Après des notions préliminaires, destinées à faire connaître les bases et l'origine de la médecine, les circonstances qui ont favorisé ou contrarié les progrès de notre science, le degré de certitude, l'utilité et la dignité de la médecine, M. Gintrac trace, dans ce qu'il appelle un *Précis de bionomie*, un tableau sommaire des phénomènes et des lois de l'organisme comme introduction à l'état pathologique de l'homme; viennent ensuite les généralités sur la pathologie et la thérapie; puis l'auteur étudie, en général, les différentes classes de maladies, comme, dans l'anatomie générale, on considère ce qu'ont de commun, quant à leur structure, les divers tissus. M. Gintrac divise en trois grandes classes les maladies considérées en général: la première qui embrasse tous les vices de première constitution organique, les anomalies et déviations de forme, de position, de nombre, etc., appelées *lésions congénitales*, monstruosités; la seconde, qui renferme les lésions produites par des agents mécaniques, chimiques et toxiques; enfin la troisième, qui comprend les lésions vitales et organiques, subdivisées en affections ou états morbides élémentaires, qui peuvent dépendre du mode anormal d'action des solides, comme l'hypersthénie, l'hyposthénie, l'ataxie, la périodicité morbide, ou de l'altération des fluides et spécialement du sang, ou bien enfin d'une altération générale des solides et des liquides,

comme dans les diathèses; et en affections constituées (congestions, inflammations, hémorrhagies, flux et altérations des sécrétions, lésions organiques, névroses et fièvres). Tous ces états morbides, simples et complexes, sont étudiés successivement par l'auteur, avec les plus grands détails, et la fin du troisième volume s'arrête aux fièvres pernicieuses. Il reste donc à M. Gintrac, pour compléter le cadre si vaste qu'il s'est tracé, à étudier les maladies en particulier, c'est-à-dire celles des appareils sensitif externe, encéphalique et nerveux, locomoteur, vocal et respiratoire, circulatoire, digestif, sécrétoire et génital. Cette dernière partie, la plus considérable et la plus essentiellement clinique, réclame, à notre avis, au moins trois et peut-être quatre autres volumes; mais nous ne doutons pas que l'expérience personnelle de l'auteur ne la rende encore plus intéressante que celles qui l'ont précédée.

Nous avons promis de dire comment M. Gintrac a envisagé la thérapeutique. Bien que l'espace nous manque pour suivre le savant professeur, comme nous le désirerions, dans les détails de son sujet, nous allons essayer d'indiquer le plan qu'il a suivi et les tendances auxquelles il a obéi dans cette partie de son livre. C'est avec satisfaction que nous constatons dès l'abord les aspirations vitalistes de M. Gintrac; son chapitre sur la nature médicatrice ne serait répudié par aucun des grands écrivains du dernier siècle, mais son vitalisme n'a rien de cet obscurantisme mystique de certains adeptes, ni des abstractions matérialisées de l'école de Montpellier. La nature n'est pour M. Gintrac ni un principe particulier, ni un agent exclusivement approprié à l'état morbide. Les propriétés vitales, les inspirations de l'instinct, les efforts médicamenteux de la nature, remontent au même principe, dépendent de la même force; ce sont des modes d'action, ou attributs variés, mais au fond identiques, de la force vitale; mais cette force exerce sa puissance selon des modes variés : elle n'a pas chez tous le même degré d'énergie, elle peut s'égarer; il est des dérangements qui attestent de sa part un défaut de plan, une irrégularité complète dans les actes, dans les procédés qu'elle suscite ou dirige; elle peut s'engager dans de fausses voies, elle n'est pas infaillible dans ses opérations; elle manque le but, ou le dépasse. De là, la nécessité de l'intervention de l'art, pour l'aider ou la diriger.

Examinant ensuite les méthodes en thérapeutique, M. Gintrac les range sous les chefs suivants : 1° méthodes expectante et agissante; 2° naturelle et perturbatrice; 3° rationnelle et empirique; 4° synthétique et analytique; 5° étiologique et symptomatique. Après avoir expliqué ce qu'il faut entendre par indication, il énumère rapidement les divers agents hygiéniques, physiques et pharmaceutiques, dont la

thérapeutique dispose, les formes diverses sous lesquelles les médicaments sont employés et les surfaces sur lesquelles on les applique. Enfin, il termine par l'étude des médications, divisées par lui en directes (excitantes ou sédatives, générales ou locales), indirectes (excitantes, sédatives, telles que la médication contro-stimulante, révulsive, substitutive) et spécifiques. Les médications tonique et astringente sont rangées dans les médications directes excitantes générales ; les médications débilitante, émolliente, tempérante, réfrigérante, dans les médications directes sédatives générales.

Nous nous arrêtons ici ; car un numéro entier de ce journal ne suffirait pas à passer en revue les détails, même généraux, de l'ouvrage si vaste et si important de M. Gintrac ; mais nous croirions manquer à la justice et à la vérité si, en terminant ce compte-rendu, nous ne témoignions pas hautement de toutes nos sympathies en faveur d'un livre qui fait le plus grand honneur à son auteur, et qui ne peut manquer d'être apprécié, avec le temps, à sa juste valeur. Ce nous est en même temps une occasion d'exprimer le désir que l'auteur mène à fin, le plus tôt possible, une œuvre qui est à peine parvenue à la moitié de son évolution ; et nous ne doutons pas, s'il le continue avec le même soin et sur les mêmes bases, que son ouvrage ne prenne en médecine la place occupée si justement en chirurgie par le célèbre *Traité des maladies chirurgicales* de Boyer ; qu'il ne devienne enfin un des meilleurs guides de l'élève en médecine et des médecins praticiens.

BULLETIN DES HOPITAUX.

Thérapeutique des névralgies : procédé mixte ; section et cautérisation du nerf. — M. Jobert (de Lamballe) a adressé à l'Académie des sciences un mémoire que son intérêt pratique nous engage à mettre en entier sous les yeux de nos lecteurs.

Ainsi qu'on le sait, l'état douloureux des nerfs est une affection très-commune, qui peut se limiter aux filets, aux troncs, ou en occuper tout à la fois les diverses parties. Cette différence de siége de la névralgie est importante, en ce qu'elle établit d'une manière distincte la possibilité de l'altération partielle d'un nerf. Ne voit-on pas, en effet, les filets nerveux de la plante du pied qui dérivent des gros nerfs des membres abdominaux, ceux des lèvres, des joues, du menton, qui sont la terminaison de la cinquième paire ; les rameaux pulmonaires et gastriques du nerf vague, les terminaisons des nerfs utérins fournis par le

plexus lombo-sacré, être le siége de douleurs vives, qui se reconnaissent à des symptômes particuliers, sans que les troncs soient malades ? Rien n'est plus vrai et plus démontré que ce point pratique, et c'est même fréquemment par les rameaux tégumentaires que débute la névralgie.

Si ces lésions partielles des rameaux sont communes, il n'en est pas moins vrai que celles des gros troncs sont aussi très-fréquentes. Il est incontestable cependant que lorsque le tronc ou les rameaux d'un nerf sont le siége d'une lésion limitée, la fonction de tout l'organe en souffre plus ou moins, et voilà pourquoi les muscles, les membranes, auxquels ils se distribuent, subissent des changements remarquables dans leur structure et dans l'accomplissement de leurs fonctions.

Tous les médecins ont pu constater l'état douloureux des organes qui contiennent des nerfs, et l'expérience leur a appris que ceux qui n'en reçoivent pas sont exempts de névralgie. Les recherches du grand Haller sur les tissus sensibles et insensibles avaient déjà démontré que les choses devaient ainsi se passer sur l'homme comme sur les animaux. L'observation a définitivement sanctionné l'exactitude de ces rigoureuses expériences. Cette opinion était aussi celle de beaucoup de médecins, qui regardaient tous les nerfs comme susceptibles de devenir douloureux. Des hommes remarquables de notre époque n'ont pu partager cette manière de voir ; ils ont, en effet, admis que certains nerfs pouvaient en être exclusivement affectés. Cette idée a pris naissance dans la grande division des nerfs en sensitifs et moteurs. Cette opinion est généralement admise, et cette doctrine est la conséquence naturelle et logique des idées physiologiques régnantes. Le point pratique a cependant modifié ce qu'il y avait de trop exclusif dans cette opinion.

Les nerfs qui se terminent dans les membranes muqueuses et cutanées y sont infiniment plus sujets que ceux qui se perdent dans la profondeur des organes ou qui s'épuisent dans l'épaisseur des muscles, les premiers étant plus exposés aux variations de température et à l'influence des excitants que les seconds, qui sont protégés et plus ou moins à l'abri des causes extérieures. D'ailleurs, il est incontestable que les nerfs à nombreux filets et vasculaires, dont les fonctions sont variées, en sont plus fréquemment affectés que ceux dont la structure est plus serrée.

La plus grande partie des névralgies débute par la partie rameuse du nerf (dans la membrane muqueuse et cutanée, ou, comme le dirait un célèbre naturaliste, M. Serres, par le point d'origine). Dans ma manière de voir, la peau et les muqueuses serviraient d'introduction à la lésion dont il s'agit par l'action à peu près directe du froid humide,

des excitants variés sur le réseau nerveux le plus rapproché de l'atmosphère. C'est ainsi que les inflammations des membranes muqueuses et cutanées, les variations atmosphériques, les coups d'air sont des causes fréquentes de névralgies. Les névralgies faciales, pharyngiennes, œsophagiennes, gastralgiques, utérines, abdominales, sciatiques, radiales, etc., ne me paraissent pas avoir une autre origine, lorsqu'elles ne sont pas le symptôme d'une autre lésion grave, d'une action physique, du développement d'une tumeur sur le trajet d'un nerf, d'une piqûre, d'une inflammation des renflements nerveux.

D'après cela, il est évident que les névralgies doivent avoir un caractère aigu ou chronique, suivant l'intensité de la cause, l'étendue de son action, etc. Quelques-unes semblent être purement et simplement déterminées par un trouble de la fonction du nerf lui-même; aussi disparaissent-elles avec la maladie qui leur donne naissance. D'autres, au contraire, dépendent de la lésion du névrilème et de la substance nerveuse. La névralgie n'est donc pas seulement alors un effet du trouble de la fonction, mais bien un résultat d'altération. Je suis tenté de penser qu'il se passe ici, de la part du névrilème sur le nerf, ce qui se produit sur le cerveau lorsque la pie-mère, son enveloppe immédiate, est malade, c'est-à-dire que les fonctions de l'un et l'autre sont troublées par les rapports de continuité et de nutrition qui existent entre les enveloppes protectrices et les organes protégés.

Je ne veux pas parler ici de la névralgie aiguë, qui disparaît avec la cause qui lui a donné naissance; mais de celle qui n'est plus un symptôme de maladie, et qui est une véritable lésion par elle-même. Il s'agira donc ici des névralgies qui résistent à tout et contre lesquelles tout a été épuisé.

Il y a longtemps que la thérapeutique des névralgies m'a sérieusement occupé, et je dois avouer que la médication endermique, que les antipériodiques, que les remèdes énergiques et variés donnés à l'intérieur ou appliqués à l'extérieur sous forme de dissolution, que les vésicants m'ont paru insuffisants dans ces névralgies violentes, tenaces, qui paraissent dues à une altération superficielle du névrilème ou du tissu propre du nerf. Il n'est pas question ici de la thérapeutique des névralgies qui disparaissent d'un point du corps pour se porter subitement dans une autre région, mais bien de celles fixées au tronc d'un nerf, ou sur ses rameaux, ou alternativement sur différents points du même faisceau.

Ce que j'ai à dire comprend les névralgies qui peuvent atteindre les nerfs d'un membre, ceux de la face ou même les nerfs du tronc. La névralgie peut en effet, ainsi que je l'ai vu, s'étendre de la queue de

cheval aux nerfs des membres inférieurs ; ou encore l'état douloureux peut débuter par un point périphérique du tronc pour gagner progressivement les racines nerveuses, et, comme on doit nécessairement le comprendre, des troubles graves surviennent dans le mouvement et la sensibilité.

Ces névralgies, qui font le désespoir des malades et du médecin, réclament une médication énergique appropriée à l'intensité du mal et à sa ténacité. J'ai employé l'électricité sous diverses formes, souvent sans succès ; mais il n'en a pas été de même de l'application du feu sur les membranes tégumentaires, et partant sur les extrémités périphériques des nerfs, et, dans certaines circonstances, sur les branches du nerf lui-même. La chaleur joue un rôle immense dans la guérison des maladies, comme modificateur du système nerveux et de la circulation ; mais le calorique concentré sur un point du corps représente tout ce qu'il y a de plus remarquable et de plus actif en tant qu'action sur les solides et les liquides. On peut ou exalter la sensibilité avec le calorique, ou l'éteindre, ou la modifier sans provoquer d'accidents sérieux, et sans exposer à la phlébite, à l'infection purulente.

Il y a déjà bien longtemp sque dans le *Journal hebdomadaire* j'ai inséré un mémoire sur la cautérisation en général. Un long article était consacré à l'action du fer rouge mis en usage contre les névralgies musculaires, faciales, crâniennes, idiopathiques ou symptomatiques : je disais que toujours ce puissant agent avait guéri ou soulagé.

En 1838, j'ajoutai de nouveaux faits aux premiers, et par conséquent je professai la même opinion sur les avantages de la cautérisation par le calorique. Je signalai, dans ce travail, ses effets héroïques contre la névralgie œsophagienne, les névralgies des membres abdominaux et thoraciques, et, à propos de la discussion sur l'éther, je citais de nouvelles observations qui attestaient que là où les autres moyens avaient échoué, le feu avait triomphé du mal.

Ma manière de voir sur les effets remarquables du feu n'a donc changé à aucune époque, et c'est la raison pour laquelle il est si en faveur dans mon esprit lorsqu'il s'agit d'affections rebelles, comme les névralgies qui ont résisté à tous les moyens employés.

Aujourd'hui, je viens mettre sous les yeux de l'Académie quelques nouveaux faits qui méritent de l'intérêt à plus d'un titre.

Obs. I. *Sciatique. — Méthode endermique. — Ventouses scarifiées. — Fer rouge.* — Le nommé Lefranc (Pierre), âgé de quarante-quatre ans, journalier, est entré à l'Hôtel-Dieu le 26 décembre 1853, pour y être traité d'une névralgie sciatique affectant le membre gauche.

Ce malade est doué d'une forte constitution, bien musclé, et n'a jamais été exposé aux douleurs rhumatismales. Depuis trois mois environ il se

plaint de douleurs continues, violentes, exaspérées par la pression, principalement au niveau de l'espace qui sépare la tubérosité ischiatique du grand trochanter. Par moments, des élancements très-vifs partent de ce point en suivant le trajet du nerf. Dans le creux du jarret, la pression n'excite pas de douleurs, mais le pied est engourdi, ce qui rend la marche incertaine, et même impossible, par suite des douleurs qu'elle réveille.

La méthode endermique, les ventouses scarifiées échouent contre cette affection, et le malade se trouve dans la nécessité de réclamer une médication plus énergique pour se débarrasser d'une affection aussi douloureuse.

Le 3 janvier 1854, un fer rougi à blanc est promené sur le trajet du nerf sciatique, et par conséquent à la face postérieure de la cuisse. Cinq à six fois de suite le fer incandescent sillonne la peau, qu'il n'attaque que superficiellement. Des compresses trempées dans l'eau froide sont immédiatement posées sur les brûlures.

Les jours suivants le malade se regarde comme très-soulagé, et il n'accuse, en effet, d'autres douleurs que celles qui sont causées par la brûlure. Il n'y a plus d'élancements sur le trajet du nerf, et l'engourdissement du pied a tout à fait disparu.

Au bout de huit jours (11 janvier), les escarres superficielles, sorte de charbonnement de l'épiderme, produites par le fer rouge, étaient éliminées, et la cicatrisation, commencée sur beaucoup de points, était achevée le 21 janvier.

Lors de sa sortie de l'hôpital l'épiderme s'était reproduit, et c'est à peine si l'on apercevait les traces de la brûlure. Le malade ne souffrait ni ne boitait.

Obs. II. *Névralgie utérine violente. — Insuccès de différents traitements. — Application du fer rouge.* — Mme M... consulta pour la première fois mon honorable confrère le docteur Oliffe, le 25 septembre 1853. Elle se plaignait alors de douleurs internes dans la région hypogastrique, s'étendant principalement du côté gauche. Les douleurs revenaient par accès et suivaient le trajet des nerfs sciatique et crural du membre abdominal gauche. La malade boitait pendant la marche, qui ne pouvait avoir lieu sans de grandes souffrances. Le membre parut raccourci à notre confrère; mais, en examinant les membres dans la position horizontale, il reconnut bientôt qu'ils avaient la même longueur et qu'il n'existait dans l'articulation coxo-fémorale aucune lésion.

Mme M... raconta à M. Oliffe que depuis plus de quatre années elle n'avait pu marcher sans boiter et sans éprouver de vives souffrances qui rendaient l'appétit nul et lui faisaient perdre ses forces.

Cette dame continuait à être bien réglée, et disait qu'elle n'avait eu ni enfants ni fausses couches. Dans l'Inde elle subit différents traitements qui ne furent pas couronnés de succès. Lorsque M. Oliffe eut l'occasion de donner des soins à Mme M..., voici quel était son état :

1° L'orifice du col utérin était tellement rétréci qu'on le crut oblitéré.

2° Le col était déjeté à gauche et adhérent, dans un point de sa commissure, à la paroi correspondante du vagin. L'adhérence était représentée par une espèce de bride courte, dure et résistante.

3° Le corps de l'utérus était évidemment augmenté de volume, comme le palper abdominal et le toucher vaginal le prouvèrent.

4° La sensibilité abdominale, hypogastrique, était extrême.

M. le docteur Oliffe ayant bien voulu m'appeler en consultation, je fus

frappé de l'amaigrissement général de la malade, par sa pâleur, sa physionomie douloureuse et l'agitation dans laquelle elle se trouvait. C'est alors que j'appris qu'elle avait déjà subi plusieurs opérations, et qu'on avait tenté de dilater le conduit utérin sans résultat.

Mon confrère et moi nous pensâmes qu'il était urgent d'abord de détruire la bride inodulaire qui déplaçait le col utérin, et de dilater les orifices de l'utérus, afin que le sang des règles pût s'écouler plus facilement, ainsi que les liquides qui s'accumulaient dans sa cavité.

Nous procédâmes donc à la section de la bride, et nous nous occupâmes ensuite d'élargir les orifices interne et externe de l'utérus, au moyen d'un urétrotome.

Cette opération fut pratiquée le 9 décembre. La région hypogastrique se développa davantage, et elle sembla s'élever au-dessus du pubis.

L'augmentation de la tumeur parut due à un amas de liquide qui s'était fait dans la cavité utérine; et, en effet, des caillots s'échappèrent par la vulve, ce qui nous fit penser que l'augmentation de volume était bien le résultat d'une accumulation de sang. De la glace pilée, mise dans une vessie appliquée sur la région hypogastrique, arrêta tout écoulement de sang; mais les douleurs névralgiques n'en persistèrent pas moins, elles conservaient toute leur intensité, se montraient par crises, et les douleurs qui jetaient la malade dans une grande agitation se prolongeaient le long du nerf sciatique. C'est alors que M. Oliffe et moi nous pensâmes qu'il convenait d'agir sur le col de l'utérus avec le cautère actuel. Cette cautérisation ne fut nullement douloureuse, et fut bientôt suivie d'une diminution notable des douleurs, qui n'ont pas tardé à disparaître tout à fait.

Aujourd'hui, 8 mars 1854, Mme M... marche sans claudication, les règles paraissent aux époques ordinaires, les forces renaissent, et elle a recouvré sa gaîté habituelle. Un changement aussi remarquable fit penser, à M. Oliffe et à moi, que la guérison se maintiendrait.

Comme on le voit, la cautérisation, faite superficiellement avec le fer rouge, n'attaque pour ainsi dire que l'épiderme, et à peine le corps muqueux, lorsqu'elle est bien faite. Sans être de l'avis d'un chirurgien célèbre, qui croyait qu'elle était souvent plutôt agréable que douloureuse, je la regarde comme très-supportable, et nullement comparable, par conséquent, à une simple douleur névralgique. C'est à tel point que les malades, lorsqu'une première application du feu a échoué, en réclament une seconde avec instance.

La cautérisation transcurrente n'est que bien rarement suivie de troubles fonctionnels, et c'est tout au plus si l'on observe un léger mouvement fébrile, provoqué alors par l'entamure plus ou moins profonde de la peau. Ce n'est certainement pas là un accident, puisqu'on peut le faire cesser par l'application des réfrigérants, et puisque d'ailleurs on peut le prévenir en effleurant seulement la peau avec le fer. Par l'application de la glace pilée dans une vessie, ou simplement de compresses trempées dans de l'eau froide, on prévient la suppuration, le bourgeonnement et les cicatrices, et aussi tous les phénomènes réactionnels.

A la chute de l'épiderme charbonné, on voit paraître une pellicule blanchâtre, qui passe à l'état d'organisation sur tous les points de la surface de la brûlure à la fois. Ce phénomène est curieux à étudier pour l'homme de l'art qui veut se rendre compte alors de ce qui se passe.

On doit peu s'occuper de la douleur déterminée par le fer rouge, lorsqu'on songe que le chloroforme, une des plus belles découvertes de ce siècle, peut être employé pour rendre insensible pendant l'application du fer rouge. Ainsi, dans une de nos observations, chaque fois que la cautérisation est devenue nécessaire, le chloroforme employé n'a pas empêché le calorique de produire les bons résultats dont j'ai rendu compte.

Comment a agi sur mes malades le fer rouge? Est-ce en déplaçant la douleur, ou bien en modifiant la sensibilité du nerf? Il est difficile de se prononcer relativement à l'héroïque influence du fer rouge dans les névralgies. Il vaudrait mieux connaître le rôle que jouent les nerfs relativement au mouvement et à la sensibilité, pour oser établir une théorie de quelque valeur.

Si on réfléchit à ce qui s'est passé sur les parties touchées par le fer rouge, on devra être frappé par l'absence de traces pour ainsi dire du passage calorique. La peau n'est ni ridée, ni froncée, ni couverte d'un tissu cicatriciel, si apparent au contraire lorsque le fer a profondément intéressé un tissu sur lequel il a été fortement appliqué. Mais aussi j'insisterai sur ce que j'ai dit relativement à l'emploi de la glace, qui, dans les brûlures profondes, a prévenu toute cicatrice apparente.

La cautérisation actuelle peut-elle toujours suffire pour anéantir une névralgie tenace et violente?

On peut répondre qu'elle triomphera, dans le plus grand nombre des cas, de l'état douloureux d'un nerf, s'il n'est pas lié à quelque lésion centrale des renflements nerveux, ou s'il ne dépend pas d'une tumeur développée sur le trajet des racines des nerfs. Cependant il est des cas dans lesquels, lors même qu'il n'existe aucune des causes que je viens de signaler, le fer rouge seul ne peut obtenir la guérison, et c'est pour cela qu'on a conseillé d'attaquer le nerf avec l'instrument tranchant et d'en exciser une portion. Toutefois ce dernier moyen est loin de mettre les malades à l'abri d'une récidive. Jamais l'incision ou l'excision d'un nerf n'ont procuré le soulagement qu'entraîne à sa suite la cautérisation transcurrente. Il n'en est pas de même de la section du cordon nerveux et de la cautérisation de ses deux extrémités. Ce procédé mixte consiste dans l'union de la division et de la cautérisation du nerf.

Le nerf peut être mis à découvert par le bistouri et touché sur son

enveloppe, ou bien il peut être complétement interrompu par le bistouri, et ses deux extrémités être attaquées par le fer incandescent.

L'incision et la cautérisation immédiate du nerf peuvent produire des effets très-remarquables, suivant qu'il sera cautérisé superficiellement, ou détruit par le feu. Dans le premier cas, la sensibilité et le mouvement seront conservés, et dans le second ils seront abolis.

La cautérisation superficielle du nerf convient, parce qu'elle permet de conserver les fonctions du nerf, tout en anéantissant la névralgie. Toutefois l'action directe du fer rouge sur le nerf, après avoir mis celui-ci à découvert par une simple incision, ne me paraît pas devoir remplir les intentions du chirurgien lorsque la douleur est violente et étendue à une grande surface, et ce n'est pas trop, en de semblables circonstances, de comprendre tout à la fois les parties molles, le tronc du nerf et même ses rameaux dans une section suivie de la cautérisation immédiate des surfaces saignantes et nerveuses.

Je propose donc d'attaquer le nerf malade par le point le moins dangereux et le plus accessible à l'instrument.

Le fer et le feu conviennent lorsque la douleur permanente qui s'irradie sur une grande surface, en se prolongeant jusqu'à la racine et à la partie ramifiée du nerf, n'a pu être détruite par aucun moyen.

Lorsqu'il s'agit des nerfs de la face, autant que possible, il convient de mettre le nerf à découvert par la muqueuse buccale, afin d'éviter toute trace de cicatrice apparente. Ainsi les nerfs mentonnier, buccal, sous-orbitaire, peuvent être attaqués, par la bouche, par une incision qui comprend à la fois tous les tissus et le cordon nerveux lui-même, ou bien par une dissection successive des diverses couches qui le recouvrent.

Le premier mode opératoire est, sans aucun doute, préférable, parce que la douleur de la section du nerf se confond avec celle des autres tissus. Toutefois, lorsqu'une semblable opération est pratiquée, il faut donner une étendue assez considérable à la plaie pour pouvoir appliquer le fer rouge sans difficulté.

Après la section et la cautérisation, toute sensibilité et tout mouvement sont anéantis dans les parties où le nerf va se distribuer.

Les malades ne peuvent apprécier ni la température ni le mode d'action des aliments ; ils ressentent comme un poids dans les parties, et on s'aperçoit alors d'un relâchement et d'un affaissement réels de l'organe, qui a perdu en partie la sensibilité et le mouvement.

Il n'en est pas de la cautérisation des bouts du nerf comme de la

division simple, qui permet au mouvement et à la sensibilité de se rétablir.

On sait que les branches nerveuses divisées et mises en contact permettent le rétablissement du mouvement et de la sensibilité, ainsi que les remarquables expériences de M. Flourens l'ont prouvé.

La cautérisation directe des deux bouts du nerf divisé, ou l'action superficielle du fer rouge à la surface de son enveloppe, conviennent donc contre les névralgies violentes, soit qu'elles reparaissent sans cesse, soit que toute médication rationnelle ait échoué, soit qu'elles affaiblissent le sujet par leur continuité, soit qu'enfin les douleurs, après avoir parcouru le tronc et les racines du nerf, se soient fixées sur un point limité d'où il n'est plus possible de les déloger.

Dernièrement, avec mon distingué confrère le docteur Levaillant, j'ai vu un malade chez lequel une névralgie sciatique violente, après avoir parcouru le tronc et les branches, s'était fixée, dans l'étendue d'un demi-pouce, au creux poplité ; elle se réveillait toutes les fois que le malade voulait se lever ; il survenait alors de l'engourdissement, des tiraillements dans le membre, et il se trouvait dans l'impossibilité de marcher et de se tenir debout.

M. Jobert termine ces réflexions par une observation de section et de cautérisation du nerf sous-orbitaire, que nous publierons dans notre prochaine livraison.

RÉPERTOIRE MÉDICAL.

Accouchement (*Sur la position à donner à la femme pendant l'*). Le décubitus dorsal usuel en France, ou le coucher sur le côté, préféré en Angleterre, ou bien encore la pronation sur les coudes et les genoux ; ne constituent-ils qu'une question d'habitude, qu'une affaire de mode ou de mœurs nationales ? Chacune de ces attitudes ne satisfait-elle pas, au contraire, à une indication réelle? C'est ce que pense et ce qu'a fort bien démontré M. Hubert. Selon lui, dans le cas de version à opérer ; par exemple, si l'enfant, présentant l'épaule, a le ventre tourné en arrière, il vaut mieux laisser la femme sur le dos ; la manœuvre n'en sera que plus aisée. Mais si le fœtus a le ventre en avant, ses membres pelviens se trouvant contre la paroi antérieure de la matrice, alors, en faisant rester la femme sur le dos, l'accoucheur ne peut parvenir aux pieds qu'en portant la main en pronation et fortement en avant ; ou si les eaux sont écoulées, si surtout le ventre est en besace ; l'arcade pubienne comprimant l'avant-bras l'aura bientôt engourdi, le rendra incapable d'agir, l'empêchera de pénétrer aussi avant qu'il est quelquefois nécessaire. Loin de là, si vous placez la femme sur les coudes et les genoux, la main, en supination, n'a qu'à suivre presque en ligne droite et horizontalement, d'arrière en avant, les parois antérieures du bassin et de l'utérus, ce qui s'opère très-facilement. Mais cette situation, outre ce qu'elle a de blessant pour la pudeur des femmes, étant assez gênante à conserver, voilà comment, dans le cas spécifié, M. Hubert parvient à réaliser tous les avantages qu'elle donne ; sans néanmoins l'imposer à la patiente.

Il laisse la femme sur le dos, jusqu'à ce que la main droite ait franchi le col de la matrice; il fait alors fléchir la cuisse et la jambe droite de la malade; puis, pendant qu'elle se tourne, ou que des aides la font tourner sur son flanc gauche, il fait passer le membre fléchi au-dessus de son bras droit, et se trouve ainsi du côté du dos. Il peut alors longer la paroi antéro-latérale gauche, et même la paroi antérieure de la matrice, pour aller à la recherche des pieds. Ceux-ci ramenés à la vulve, il replace la femme sur le dos. Par cet ingénieux procédé, M. Hubert tire de l'attitude en pronation tous les avantages qu'elle peut rendre, sans l'imposer cependant à la patiente. Il cite plusieurs cas où, grâce au secours de cette manœuvre, tel confrère qui ne parvenait pas à toucher les pieds du fœtus a pu les atteindre lorsque la main, secondée par ce changement de position, a pu pénétrer plus avant.

Pour la délivrance, si, malgré la poulie de renvoi, les tractions se perdent contre la paroi antérieure du col et ne peuvent faire sortir le placenta, il faut coucher la femme sur l'un de ses côtés, se placer derrière elle et tirer simplement vers soi. S'il n'y a pas d'adhérence anormale, ces tractions, devenues à peu près parallèles à l'axe de la matrice et à celui du détroit supérieur, amèneront facilement le délivre. (*Ann. de Roulers et Journ. des Conn. médic.*, avril.)

CATHARTINE (*Principe actif du nerprun, son emploi comme purgatif*). La cathartine, sur laquelle M. Strohl vient de faire quelques expériences, n'est pas, comme on pourrait le croire, le principe actif du séné, mais bien le principe actif du nerprun, auquel, par conséquent, il eût été à désirer qu'il eût conservé le nom de rhamno-cathartine, qui lui avait été donné par M. Winkler. La cathartine qui a été isolée par M. Hepp, pharmacien en chef de l'hôpital de Strasbourg, est une substance légèrement jaunâtre, d'une saveur amère, ayant une apparence de cristallisation, soluble dans l'eau et l'alcool faible, insoluble dans l'alcool absolu et l'éther, et contenue dans le marc beaucoup plus que dans le suc. Expérimentée chez les enfants par M. Wieger, elle a donné, à la dose de 9 centigr., plusieurs selles dans trois cas sur cinq; à la dose de 10 centigr., en moyenne deux selles dans trois cas sur quatre; à la dose de 15 centigr. en une fois, huit à neuf selles copieuses après un temps assez long, et après la même dose, donnée en trois fois, dix selles quatre heures après. D'où il suit que, chez les enfants de quatre à quinze ans, 10 à 20 centigr. de cathartine, donnés en une ou deux fois à petit intervalle, paraissent la dose moyenne de cathartine. Chez les hommes, M. Strohl a obtenu, pour une dose de 40 à 50 centigr., de trois à cinq selles; pour une dose de 60 cent., de six à huit selles; mais à cette dose, il y a eu des malades qui ont été ou purgés incomplétement, ou pas du tout. Le résultat a été, en général, très-peu satisfaisant chez les femmes, qui ont eu, presque toutes, très-peu ou point de garde-robes. Voici, du reste, comment M. Strohl résume son opinion relativement à la cathartine.

« 1° La cathartine est un purgatif assez sûr à la dose de 10 à 20 cent. chez les enfants, moins sûr, chez les adultes, à 50 centigr.; peut-être les femmes sont-elles moins sensibles à son action; 2° la saveur amère, difficile à masquer, est un obstacle à son emploi chez les enfants, qui ne peuvent avaler les pilules; 3° c'est un purgatif doux, non irritant, non douloureux, bien supporté, et pouvant être continué sans déterminer d'effets fâcheux : on peut donc en conclure que les baies de nerprun renferment encore un autre principe âcre qui provoque des vomissements, amène des coliques et des effets drastiques; 4° les selles sont liquides, sans odeur ni couleur spéciale, mais toujours très-venteuses; la cathartine ne paraît pas agir sur le foie; 5° son action est lente à se produire, et se prolonge longtemps; 6° le meilleur mode d'administration est sous forme de pilules, données dans la soirée chez les adultes, et sous forme de sirop chez les enfants: pour les premiers à la dose moyenne de 50 centigr., et pour les seconds de 10 à 20 centig. »

Les conclusions qui précèdent montrent que la découverte de ce principe nouveau ne résout pas, à beaucoup près, la question relativement à la découverte d'un purgatif sûr, non volumineux, facile à administrer, et bien supporté par l'intestin. M. Strohl reconnaît, en pre-

mier lieu, que la cathartine serait prise difficilement par les enfants; mais ce que nous voyons de plus fâcheux dans l'introduction de ce médicament dans la pratique, c'est qu'il ferait peut-être perdre de vue l'efficacité si remarquable du nerprun à l'état de rob et de sirop, préparations extrêmement utiles, qui restent et resteront toujours dans la pratique, parmi nos meilleurs hydragogues. (*Gaz. méd. de Strasbourg*, mars.)

COUP DE SOLEIL. *Accidents auxquels il donne lieu.* En France, l'intensité des rayons solaires provoque rarement des accidents bien graves; il n'en est pas de même dans les pays intertropicaux, et la maladie que l'on désigne sous le nom de *coup de soleil* y cause souvent la mort en peu de temps. Ce qu'il y a de remarquable, c'est la variété des accidents généraux produits par l'influence de la chaleur solaire. Une observation du docteur Jackson, communiquée à la Société de Boston, et des faits semblables cités par deux membres de la même Compagnie, peuvent servir à mettre en lumière ce point de pathologie. Le malade de M. Jackson était un Irlandais, âgé de vingt-cinq ans. Apporté à l'hôpital, le malade fut trouvé dans un état comateux profond, sans aucune connaissance; sa peau était chaude, ses pupilles dilatées, le pouls plein, à 120. On apprit que cet homme avait été atteint brusquement de perte de connaissance, pendant qu'il travaillait exposé au soleil, environ une demi-heure avant d'avoir été apporté à l'hôpital; pendant ce temps il avait un peu déliré. Le traitement consista en application de glace sur la tête, applications chaudes aux pieds et deux gouttes d'huile de croton. Le malade eut des évacuations alvines et ne tarda pas à reprendre l'usage de ses sens. Le lendemain, un nouveau purgatif, composé de sulfate de magnésie et de séné, fut donné, et le malade quitta l'hôpital, au bout de trois jours, parfaitement guéri.

M. Cabot fit remarquer que dans un des hôpitaux de New-York on avait recours, avec avantage, contre ces accidents, aux médicaments excitants et aux bains chauds. M. Morland cite un fait dans lequel le traitement tonique amena rapidement la guérison du malade.

M. Strong croit que ces accidents peuvent se montrer sous deux formes différentes : dans l'une, il existe une prostration marquée, à début brusque; la peau est froide, le pouls lent. Cet état est suivi bientôt d'une réaction vive, marquée par la chaleur de la peau, la plénitude du pouls. Le malade tombe dans le coma et meurt, s'il n'est pas secouru. D'autres fois le malade ressemble à un homme ivre, ou à un sujet qui aurait reçu un coup sur la tête. (*Amér. Journ. of med. scienc.* et *Gaz. hebd.*, avril).

ENTROPION (*Emploi du collodion dans le traitement de l'*). Nous avons été des premiers à signaler les nombreuses applications dont le collodion est susceptible dans la pratique médicale et chirurgicale, et parmi ces applications, nous avons mentionné celle relative à l'entropion, dans le traitement duquel cet enduit peut être employé soit comme moyen palliatif, soit comme moyen curatif. Nous voyons avec plaisir que cette indication n'est pas perdue de vue : c'est ainsi qu'un chirurgien anglais, M. Winn, communiquait à la Société médicale de Londres, dans le courant de janvier, le fait d'une dame âgée, chez laquelle on avait tenté deux opérations sans succès, pour la débarrasser de son entropion, et chez laquelle on avait obtenu un grand soulagement par l'application du collodion. Nous rappellerons que cette application est extrêmement simple; elle consiste à passer rapidement un pinceau trempé dans du collodion en travers des fibres de l'orbiculaire, et si le collodion est coloré avec de la cochenille, il n'en résulte que très-peu de modification dans l'aspect ordinaire de la face. Si l'on désirait tenter la curation définitive, on pourrait ou essayer de renverser et de fixer les cils au dehors, comme l'a fait M. Hairion et après lui M. Deval, ou, à l'exemple de M. Cunier, de produire, à l'aide des bandelettes fixées par le collodion, le renversement en dehors de la paupière malade.

FER (*Perchlorure de*). *Nouvelles expériences sur les injections de ce sel dans les artères.* S'il est une question dans laquelle on devait débuter tout d'abord par de nombreuses expériences sur les animaux, c'était certes

l'emploi des solutions hémoplastiques appliquées à la cure des anévrysmes. Les praticiens, en négligeant les enseignements que devaient leur fournir les résultats de ces expériences, ont compromis l'avenir de la méthode. En attendant que le moment vienne de provoquer de nouveaux essais, il importe de recueillir tous les renseignements destinés à éclairer la question ; à ce titre, nous signalerons les principaux résultats des expériences entreprises, à Alfort, par MM. Goubaux et Giraldès.

Action du perchlorure de fer sur le sang en circulation et sur les parois des artères : quelques gouttes de solution du sel de fer, injectées dans l'artère carotide d'un cheval, coagulent le sang contenu dans une portion du vaisseau contenant 4 centimètres; 2 gouttes à 49°; 3 gouttes à 30°; 6 gouttes à 15°, produisent une coagulation. Formation, au bout de trois ou quatre minutes, d'un caillot qui intercepte la circulation ; l'altération des tuniques artérielles est d'autant moins considérable que la solution est plus étendue. Si l'on a injecté dans les vaisseaux une solution de 45 ou 49 degrés, le caillot et les parois artérielles sont profondément atteints et désorganisés ; réduits à la condition des parties mortifiées, ils finissent par se séparer des parties vivantes et amener des hémorrhagies foudroyantes. Un autre ordre de phénomènes s'observe dans les cas où l'injection a été faite avec une solution à 15, à 20 et même à 30 degrés. La formation du caillot est suivie d'une hypertrophie de la membrane moyenne ; cette membrane devient plus molle, plus rosée, plus épaisse, plus friable et très-adhérente au caillot primitif. Cette adhérence contribue à l'enkyster dans l'artère. La tunique externe ne demeure pas étrangère à ce mouvement organique, elle devient plus épaisse et plus vasculaire, adhère moins intimement aux autres membranes de l'artère ; les mailles de son tissu se remplissent d'une substance gélatineuse constituée par de la fibrine plastique.

Voici maintenant la part que chacun de ces phénomènes prend au travail de réparation. Le caillot primitif, après avoir contracté des adhérences avec l'artère et se trouvant enfermé de toutes parts par des caillots secondaires, peut, dans des cas déterminés, se ramollir. Le plus souvent, lorsque la quantité de la matière injectée n'a pas dépassé 4 à 5 gouttes à 30 degrés, le caillot, au lieu de se ramollir, change de couleur, devient jaunâtre, adhère intimement à l'artère, y demeure enkysté. Le phénomène de l'enkystement produit et achevé, les caillots secondaires disparaissent, et l'artère s'oblitère à la fois du côté du cœur et du côté périphérique. Cette occlusion se produit d'une part par l'enkystement du caillot, d'autre part par un épaississement de la membrane interne de l'artère. MM. Goubaux et Giraldès ont rencontré cette altération quatre mois et demi après l'opération.

Ce phénomène de l'enkystement du caillot, que nous avions signalé déjà, est un fait très-curieux : il explique le mode de guérison qu'emploie la nature après les injections de perchlorure de fer.

A 30 degrés les expériences de MM. Giraldès et Goubaux, de même que le fait de M. Valette, prouvent que le caillot est persistant encore cinq et sept mois après l'opération. Nos expériences ont montré qu'avec des solutions à 32 ou 15 degrés, il n'en était pas de même. Après l'injection du perchlorure à 32 degrés, nous avons vu le magma s'altérer et suppurer, tandis que, après une injection à 15 degrés, ce même magma était complétement absorbé un mois après l'opération, et laissait la cavité d'enkystement complétement vide. Il resterait maintenant à établir, par une expérience assez longtemps prolongée, que la résorption du caillot ne nuit pas à la solidité de la guérison; alors serait tranchée la question de la valeur des injections dans le traitement des anévrysmes. En attendant que nous soyons en mesure de trancher ce point de la question, nous reproduisons les conclusions de MM. Goubaux et Giraldès.

D'après les expériences dont nous avons résumé les résultats, nous nous croyons fondés, disent ces habiles expérimentateurs, à établir les données suivantes : 1° Le perchlorure de 49° à 45° ne doit pas être employé, soit dans les anévrysmes, soit dans les tumeurs érectiles, son usage pourrait être suivi d'accidents graves ; 2° dans les anévrysmes et dans les tumeurs érectiles veineuses et artérielles, on ne doit employer que le perchlorure à 30°, ou mieux à 20 degrés, dans la proportion de 5 gouttes à 30°, 10 gouttes à 20°, pour une

quantité de sang équivalente à 3 centimètres cubes; 3° le perchlorure à 45° et 49°, peut être employé comme hémostatique pour arrêter des hémorrhagies profondes, des hémorrhagies en nappe, à la suite des opérations, soit encore des hémorrhagies secondaires après les amputations; 4° le perchlorure à 15°, à 20°, à 30°, peut être employé avantageusement dans des kystes hématiques, en particulier ceux du cou; 5° dans quelques cas, le perchlorure à 30° et à 49°, peut être employé comme modificateur des plaies en suppuration. (*Compte-rendu de l'Académie de méd.*, avril.)

GUTTA-PERCHA. *Services qu'elle peut rendre dans le traitement des fractures.* Les sophistications dont la gutta-percha a été l'objet ont fait rejeter de la pratique tous les appareils chirurgicaux fabriqués avec cette substance. Une discussion récente, qui s'est produite à la Société de chirurgie, prouve que c'est à tort, du moins en ce qui regarde son application au traitement des fractures. MM. Giraldès, Larrey et Morel-Lavallée, qui ont expérimenté la gutta-percha, n'ont eu qu'à se louer des ressources que son emploi leur a fournies pour le traitement des fractures, alors même qu'elles étaient compliquées de plaies. La gutta-percha, trempée dans l'eau chaude, se ramollit, et devient facile à manier. On peut, avec elle, fabriquer extemporanément, et suivant les besoins, et des attelles, et des gouttières. Le mode de construction en est des plus simples. Après avoir taillé son appareil, on le ramollit en l'immergeant dans de l'eau à soixante ou soixante-dix degrés (si le liquide est trop chaud elle se fond, et ne peut plus servir); on l'applique et le modèle avec les mains; et l'on prévient sa déformation en le laissant sécher sur le membre, entouré d'une bande. Rien ne s'oppose à ce que cette sorte de moulage de coques, plus ou moins complètes, se fasse sur un membre sain, pour être appliqué ensuite sur le membre blessé; on pourrait même en préparer à l'avance. Nous croyons les bandes de gutta-percha préférables à celles de carton, recommandées récemment pour la fabrication des attelles, par un médecin militaire belge, M. le docteur Merchie. Les attelles en carton se préparent à peu près de la même façon. On les ramollit en y passant une éponge imbibée d'eau-de-vie camphrée, puis on les applique sur le membre, où elles se dessèchent promptement, et peuvent, dès lors, servir au blessé. Afin de les rendre imperméables, on les vernit à l'extérieur. On peut fabriquer à l'avance, et de la même façon, des coques amidonnées; et c'est une nécessité, car le reproche le plus fréquent que nous entendions adresser à ces sortes d'appareils, est leur dessiccation trop lente. (*Arch. belg. de méd. mil.*, et *Compte-rendu de la Société de chirurg.*, avril.)

HASCHISCH. *Son emploi dans les névralgies et les névroses.* Nous avons signalé les premiers essais, tentés avec cette substance dans les névralgies, les névroses, publiés dans les journaux anglais; ces expériences n'ont pas été reprises en France, et c'est toujours aux recueils d'outre-mer qu'il nous faut emprunter les faits qui doivent permettre de se prononcer sur la valeur de cet agent médicamenteux.

Dans le compte-rendu d'une discussion qui s'est produite au sein de l'association médicale de New-York, sur la valeur du haschisch, comme traitement des névralgies, M. Hubbart a cité deux faits de névralgies faciale et crânienne guéries par l'administration du haschisch. M. Hegwood a soutenu la pratique de son confrère, en rapportant plusieurs cas semblables, dans lesquels il avait employé le nouveau médicament avec non moins d'avantages; mais c'est surtout contre les épreintes utérines qui accompagnent la menstruation, que le haschisch a paru utile à ce médecin; aussi le considère-t-il comme un excellent emménagogue. Entre les mains d'un autre membre de la Société, l'agent médicamenteux n'aurait pas eu le même succès contre la névralgie faciale. Peut-être ce médecin a-t-il employé le médicament à dose moins élevée que ses collègues. La question des doses et des circonstances particulières dans lesquelles le médicament a été mis en usage, est rarement mise en lumière dans les discussions. C'est aux travaux de cabinet qu'il faut emprunter ces éléments d'études; nous en pouvons donner pour preuve le vague de cette discussion, avec la précision, des enseignements qui ressort du travail de MM. Gaillard et Saussure sur le

traitement du tétanos des enfants par la teinture de haschisch, publié par un autre journal américain. Ce sont sans doute les cas de succès qui ont suivi l'emploi de ce médicament dans lo traitement du tétanos chez l'adulte, qui ont provoqué l'essai du haschisch dans le tétanos ou le trismus des enfants nouveau-nés. MM. Gaillard et Saussure publient deux faits qui semblent témoigner quo l'emploi du nouvel agent n'est pas moins efficace chez ces derniers. Le tégument des deux petits malades ne présentait pas les lésions du sclérème. Les symptômes principaux étalent le trismus des mâchoires, la convulsion des muscles de la face et même des membres chez l'un des malades. Le traitement employé chez les deux cas a consisté dans l'emploi de la teinture de haschisch unie à l'eau camphrée dans l'un, au sirop de cerises dans l'autre, et, dans tous deux, donné à dose croissante. Une cuillerée à café toutes les deux heures, puis toutes les heures, et enfin, chaque demi-heure, du mélange suivant :

Teinture de haschisch... 8 grammes.
Eau camphrée........... 60 grammes.

M. de Saussure a porté sans inconvénient la dose du mélange jusqu'à 15 grammes dans les vingt-quatre heures. L'amélioration se produisit lentement ; cependant la guérison fut complète dans les deux cas. (*New-York med. times et Amér. journ. of med. scienc.*, 1854.)

NÉVRALGIE DU FOIE *ou hépatalgie* (*Indication de l'eau de Vichy dans la*). A l'occasion d'un fait d'hépatalgie, qui s'est présenté à l'hôpital Cochin, M. Guyot expose les opinions de M. Beau sur cette maladie. En voici le résumé. La maladie généralement décrite et traitée comme colique hépathique calculeuse n'est, d'après ce médecin, dans la grande majorité des cas, qu'une névralgie du foie. Cette colique peut assurément reconnaître pour origine des calculs biliaires, mais c'est un cas rare; bien plus souvent elle est de cause rhumatismale, due à des refroidissements ou bien à des ingesta, ou bien même à une rétrocession goutteuse. Quant au traitement, M. Beau se contente de dire que les eaux de Vichy conviennent merveilleusement à ces cas, et qu'en *lavant* le foie, en changeant son mode de nutrition, elles amènent probablement la guérison ou du moins une amélioration considérable dans cette cruelle affection. Aussi nous croyons devoir rappeler les bons effets qui suivent l'emploi de l'éther ou du chloroforme, ainsi que de la belladone, dont nous avons fourni de nombreux exemples. Les malades n'exigent pas seulement qu'on les guérisse, ils veulent encore être soulagés, et cela immédiatement. (*Moniteur des hôpitaux*, avril.)

SEL MARIN. *Son emploi dans les fièvres intermittentes.* Cette médication trouve toujours des praticiens qui en poursuivent l'expérimentation. Aux nombreux résultats quo nous avons déjà signalés, nous ajouterons ceux que M. le docteur Villemin a obtenus, pendant qu'il était médecin sanitaire à Damas. Le médicament était administré à la dose de 15 grammes dans 200 grammes environ d'eau commune. Sur vingt-six fiévreux que notre confrère a pu examiner avec soin, il a vu la fièvre disparaître douze fois, après une ou deux doses de sel marin, six fois après trois doses ; un malade fut guéri, un autre amélioré, après quatre doses; et deux guéris après dix doses du médicament ; chez quatre malades le traitement échoua complétement. L'auteur conclut en reconnaissant au sel marin une propriété fébrifuge. Nous sommes étonné qu'aucun expérimentateur n'ait encore songé à faire dissoudre le sel marin dans une infusion de café; nous avons réussi, à l'aide du mélange, à guérir quelques cas de céphalées périodiques, et peut-être que dans les cas de fièvres l'association des deux médicaments fournirait des résultats meilleurs. D'après M. Hammer Schmidt, de Vienne, le traitement des fièvres intermittentes par le sel marin serait employé depuis longtemps en Hongrie, et avec succès. (*Gaz. méd. de Strasbourg*, et *Gaz. hebdom.*, mars.)

VARIÉTÉS.

Sur le rapport de M. le professeur Bérard, inspecteur général de l'instruction publique, et organe d'une Commission spéciale, la gymnastique vient d'être introduite dans le programme des études des lycées.

Dans l'impossibilité où nous sommes de reproduire ce rapport *in extenso*, afin de justifier les avantages de l'institution nouvelle, nous extrayons de ce remarquable travail le passage qui a trait à l'influence des exercices musculaires, convenablement coordonnés, sur la santé en général et sur le développement physique des écoliers, pendant la durée de leur éducation intellectuelle.

Voici en quels termes s'exprime M. Bérard :

« Il serait facile, sans doute, à un médecin de démontrer théoriquement les bons effets des exercices gymnastiques ; d'expliquer comment, chez l'homme qui s'y est livré dans une mesure convenable, l'appétit est avivé, la digestion plus facile, le sommeil plus réparateur et plus profond, la respiration plus ample, la circulation activée, l'énergie musculaire accrue, le feu des passions amorti, la constitution tout entière affermie et améliorée. Mais l'énoncé de quelques faits sera peut-être un meilleur moyen de convaincre.

« Pendant que la Commission visitait les établissements destinés aux exercices de la gymnastique, elle apprenait que sur cent cinquante sous-officiers exercés pendant six mois au fort de Vincennes, pas un seul n'avait passé un jour à l'infirmerie. A l'hôpital des Enfants, la Commission constatait un fait d'une plus haute portée. Il est une affection qui consiste dans des contractions musculaires désordonnées, involontaires, affection plus commune chez les enfants que chez les adultes, et souvent rebelle au traitement interne, c'est la *chorée*. La gymnastique a guéri les enfants qui en étaient atteints. Mais la *chorée* n'est pas une affection des muscles ; son point de départ est dans le centre nerveux : la gymnastique n'épuise donc pas son influence sur le système musculaire ; elle l'étend à l'organe qui suscite l'action des muscles, qui intervient dans les opérations de l'esprit ; elle calme son excitabilité et prévient, dans d'autres cas, l'épuisement qui pourrait résulter d'un travail intellectuel excessif. Ce serait tomber dans l'exagération que de dire, avec Platon, que la gymnastique (unie à la musique, il est vrai), est exclusivement destinée à la culture de l'âme ; mais on ne s'éloignerait pas moins de la vérité, si l'on restreignait son action au développement du système locomoteur. Chez M. Triat, comme dans les deux autres établissements que je nommais en commençant, la Commission a pu constater les excellents effets de la répétition des exercices gymnastiques. S'ils guérissent quelques affections, s'ils redressent quelques difformités, ils peuvent contribuer à les prévenir, et la gymnastique est la meilleure orthopédie préventive.

« Examinons aussi l'influence de la gymnastique sur l'appareil qu'elle met directement en jeu. Rien n'est mieux constaté que les changements apportés dans la nutrition des muscles par l'exercice de ces organes. La démonstration qu'on en donne est devenue vulgaire : faut-il rappeler le développement des jambes des danseurs, des bras des boulangers, de la jambe gauche et du bras droit des maîtres d'escrime, etc., etc. ? Il y a quelque chose de vicieux, sans doute, dans ces développements partiels de l'appareil musculaire ; mais la gymnastique exerce d'une manière égale tout le système, et c'est là un de ses grands avantages.

« En même temps qu'elle développe la force, la gymnastique fait acquérir l'adresse, et cela n'est point à dédaigner dans l'exercice de la vie. L'homme maladroit fait tout avec effort ; il grimace, il prend des poses ridicules, il met en contraction une foule de muscles qui n'ont rien à faire avec le but auquel il tend ; il éparpille l'influx nerveux, au lieu de le concentrer là où l'énergie est nécessaire.

« Dans l'appareil locomoteur, le physiologiste ne voit pas seulement les muscles ou parties actives, il tient compte des leviers que les puissances contractiles mettent en mouvement, et de leurs moyens. La gymnastique ne modifie pas moins efficacement les parties passives de l'appareil que ses parties agissantes. Trois choses règlent, dans chaque section du squelette, dans chaque brisure de nos membres, l'étendue et la direction des mouvements ; ce sont : la configuration des surfaces articulaires, les faisceaux fibreux qui attachent les os, l'état particulier des muscles qui passent sur l'articulation. Or, telle est la puissance des exercices périodi-

quement répétés, qu'ils peuvent modifier, dans les jointures, les parties dures et les parties ligamenteuses, de telle sorte que la limite ordinaire des mouvements soit dépassée. Ainsi, chose digne des méditations du physiologiste, l'action des parties molles régle, médiatement, dans les substances les plus rigides, les plus dures de l'organisme, la direction suivant laquelle s'y opèreront le mouvement nutritif et le développement; et, comme en définitive, c'est de la configuration du squelette que dépendent, en grande partie, les proportions plus ou moins élégantes du corps, l'aisance dans les mouvements, la grâce dans la contenance ou la démarche, on voit la part qui pourrait revenir à la gymnastique dans l'acquisition de ces avantages extérieurs. La génération reproduit, à la longue, les qualités acquises, comme elle transmet, du père au fils, les caractères de la race; c'est donc concourir à l'amélioration d'un peuple, j'ai presque dit à sa régénération, que de le doter d'institutions qui permettent de porter au plus haut degré qu'elles puissent atteindre les facultés physiques et intellectuelles de l'homme.

« Allons au-devant d'une objection que sont disposées à faire à l'établissement officiel de la gymnastique dans les lycées certaines personnes persuadées, d'ailleurs, que l'exercice est salutaire aux écoliers. Le besoin du mouvement, disent-elles, est si vivement senti par les enfants, qu'ils se livrent avec toute l'impétuosité de leur âge, aux exercices du corps pendant le temps accordé à la récréation. C'est donc chose superflue que d'instituer encore des exercices classiques. Cette objection n'est pas fondée. Les amusements de l'enfance, si utiles d'ailleurs, ne peuvent, en aucune façon, remplacer les leçons où l'art intervient pour faire contracter l'un après l'autre chacun des groupes de muscles qui entrent dans le vaste appareil de la locomotion. Si l'on voulait dresser une sorte de statistique du personnel de nos lycées, et quelques personnes ont tenté de le faire, on y trouverait plusieurs catégories d'élèves. Ici, ce sont des enfants robustes, pleins de séve, de vigueur, et pouvant, sans chances d'épuisement, faire les frais du travail intellectuel. S'ils peuvent, à la rigueur, se passer de la gymnastique, on ne peut dire, cependant, qu'elle leur serait nuisible.

« Dans une autre catégorie, on rangerait des enfants d'une constitution plus grêle. Ceux qui, dans ce groupe, aiment l'étude et y réussissent, sont d'excellents écoliers, sans doute; mais trop souvent, aussi, l'excès du travail intellectuel les énerve. Pour cette classe d'élèves, ne comptez pas sur les effets de la récréation; ils y portent encore les préoccupations de l'étude. Il faut que vous leur prescriviez, que vous leur imposiez les exercices du corps; soumettez-les donc à la gymnastique.

« Une troisième catégorie se composerait d'élèves non-seulement débiles, mais maladifs; ils manquent souvent à la classe. Ceux qui sont devancés par leurs condiciples se découragent et ne travaillent plus. Pour ceux-ci encore, on peut attendre d'excellents effets de la gymnastique. Ce n'est point là une vue théorique, c'est une proposition fondée sur ce qui se passe en grand, depuis un certain nombre d'années, à l'hôpital des Enfants. »

Le nombre des cas de choléra continue à croître d'une manière bien sensible. Du 20 au 26 avril, 291 cas nouveaux ont été observés dans les hôpitaux; sur ce chiffre, 211 sont venus du dehors, et appartiennent au dixième et au onzième arrondissement. La même particularité s'est présentée pour les cas assez nombreux traités à domicile. Le huitième arrondissement a été à peu près épargné. — Depuis le 7 octobre jusqu'au 26 mars, le nombre des cas traités dans les hôpitaux de Paris s'élève donc à 1,593, divisés ainsi : Décès, 751 ; sorties, 613 ; restent en traitement, 229.

Les nouvelles que nous recevons d'Angleterre nous montrent, parallèlement à la recrudescence qui vient de se manifester à Paris dans la marche de l'épidémie, une augmentation non moins marquée dans le nombre de cas et des décès en Angleterre, en Ecosse et en Irlande. Le mouvement a cependant épargné Londres, puisque, dans la seconde semaine d'avril, deux personnes seulement sont mortes du choléra dans cette capitale. C'est surtout en Ecosse, à Glascow, à Leeds, que le nombre des décès a été le plus considérable. En Irlande, et principalement à Limerick, les navires chargés d'émigrants, et les troupes campées dans le voisinage, ont beaucoup souffert.

Pour les articles non signés, **E. DEBOUT.**

THÉRAPEUTIQUE MÉDICALE.

DE L'EMPLOI DES VÉSICATOIRES CHEZ LES ENFANTS.

La pratique vit de détails; la connaissance intime ou l'oubli de ces détails, surtout chez les jeunes sujets, est une cause de succès ou une source de périls.

On me saura donc gré, je l'espère, de traiter, avec tout le soin qu'elle mérite, une question en apparence si humble que celle de l'emploi des vésicatoires, et, en exposant l'état de la science sur ce sujet, d'aplanir au praticien les difficultés que lui ont créées, dans ces derniers temps, soit la multiplicité des agents de vésication, soit les opinions contradictoires émises sur leurs avantages et leurs inconvénients.

Tour à tour vantés et décriés, les vésicatoires, comme tous les agents thérapeutiques, ont eu leurs jours d'éclat et d'obscurité; mais il faut reconnaître, à leur avantage, qu'ils sont du petit nombre de ceux qu'on critique et qu'on n'abandonne pas. Je sais tel médecin qui a écrit contre eux et qui s'estime heureux de les avoir à son service en mainte occasion. Par cela seul, donc, que les vésicatoires sont d'un usage général et journalier, par cela seul qu'ils ont une puissance d'action incontestable, on ne saurait trop vulgariser les moyens qui servent à régler, contenir ou exagérer cette action suivant l'occurrence, on ne saurait trop bien préciser la limite entre l'usage et l'abus.

L'enfance est de tous les âges celui où les vésicatoires produisent leurs effets les plus énergiques, et si ce n'est pas là un moyen toujours dangereux, c'en est un du moins constamment brutal. Nous ne sommes plus au temps où l'on proclamait la douleur comme un élément indispensable au succès de toutes les opérations en général et des vésicatoires en particulier, où la douleur était considérée comme la condition essentielle, *sine quâ non*, de toute médication révulsive. Aux yeux de tout médecin éclairé la douleur est aujourd'hui un mal, une cause de destruction, loin d'être un moyen de salut. Il faut donc atténuer la douleur produite par les vésicatoires. Ce n'est pas tout : il faut proportionner la grandeur du vésicatoire, la quantité de substance irritante qu'il renferme, la durée de son application, à l'effet qu'on veut produire ; ne pas laisser l'inflammation dépasser les limites nécessaires au simple détachement de l'épiderme, surveiller la levée du vésicatoire, les pansements consécutifs et s'entourer, en un mot, de toutes les précautions nécessaires pour qu'un moyen de guérison ne devienne pas

une circonstance aggravante des accidents qu'on veut combattre. Chaque praticien comprend sans peine la nécessité de remplir toutes les conditions exigées pour le succès de cet agent thérapeutique; mais combien peu les observent, soit oubli, soit routine, soit dédain des soins dont l'on a accoutumé de se remettre aux infirmiers et aux garde-malades.

La découverte de l'action des cantharides est attribuée à Arétée. Mais il est probable qu'on se servait, avant cette époque, d'agents vésicants. Asclépiade, selon Myrepsus, aurait inventé un vésicant qu'il nommait *anthemeron* (Martin-Solon). Oribase employait les vésicatoires *ad excitandos soporosos et à morte refrigeratos*. La même pratique était suivie par les Arabes. Mais il faut arriver jusqu'à Sydenham pour voir les vésicatoires méthodiquement employés dans le traitement des maladies. C'est à dater de ce moment qu'ils jouent un rôle sérieux dans la thérapeutique. C'est en vain que Baglivi, dans son travail *De usu et abusu vesicantium*, imprimé avec le Traité *de praxi medicâ* (lib. II, Rome, 1696, in-8), chercha à en restreindre l'usage, en en signalant les dangers; ces agents prennent rang dans la science et deviennent un des auxiliaires les plus utiles de l'art de guérir. Un médecin allemand de nos jours, Henri de Martius, qui a séjourné longtemps chez les peuplades de la Sibérie et de la Russie asiatique, rapporte que les vésicatoires sont employés dans ces contrées. On se sert, pour les faire, de l'herbe et de la racine de l'adonis printanier; les Kalmoucks, de la pulsatille; les Burètes et les Mongols, de plusieurs espèces d'euphorbes et de renonculacées.

En Europe, et dans toutes les contrées où les progrès de la science ont pénétré, les cantharides forment généralement la base des vésicatoires. Elles jouent le principal rôle dans l'emplâtre vésicatoire magistral, l'emplâtre vésicatoire anglais, le taffetas cantharidé, le taffetas vésicant, le papier-taffetas épispastique, etc., et même dans un emplâtre inusité aujourd'hui, celui de Janin, appelé aussi vésicatoire perpétuel. La formule de ces divers emplâtres et taffetas étant inscrite au Codex, il est inutile de la reproduire ici. Rappelons seulement quelques-unes des modifications qu'a subies la composition des vésicatoires dans ces derniers temps. Aussi bien ces modifications ont-elles une grande importance, et sont-elles trop souvent négligées dans la thérapeutique des maladies de l'enfance.

Dès l'année 1840, M. Trousseau a publié le procédé habituellement employé par M. Bretonneau pour la préparation des vésicatoires. Dans un flacon à large tubulure, ou même dans un pot de pharmacie tout simplement, on met de la poudre de cantharides et de l'huile,

de manière à donner au mélange la consistance d'un électuaire, puis on prend une feuille de papier dans laquelle on a taillé une ouverture de la grandeur et de la forme que l'on veut donner au vésicatoire. Cette feuille de papier est collée sur un morceau de sparadrap adhésif ; puis, avec une spatule, on étend dans le cercle circonscrit par la feuille de papier ce mélange épispastique, dans l'épaisseur d'un à deux millimètres. La feuille de papier étant alors enlevée, la pommade reste sur le sparadrap, sans bavures et sans inégalités. On n'a plus alors qu'à appliquer le vésicatoire, et le sparadrap tient suffisamment en place, s'il est de bonne qualité. Le vésicatoire ainsi préparé a une action très-rapide, quelques heures suffisent chez les enfants pour le soulèvement de l'épiderme. Laissé plus longtemps en place, il exercerait une influence fâcheuse sur la vessie.

M. Trousseau a proposé de substituer à ce procédé l'emploi de l'extrait éthéré de cantharides. Pour s'en servir, on colle un morceau de papier brouillard sur du diachylon gommé, on imbibe légèrement ce papier de l'huile éthérée de cantharides, et on le place sur la peau, où il est fixé par la portion de sparadrap qui déborde. Ce vésicatoire est très-actif et très-facile à transporter. Son effet se produit ordinairement au bout de deux heures, chez les jeunes enfants.

Le vésicatoire dit de Johnson n'est autre chose que l'emplâtre vésicatoire anglais, recouvert d'une couche légère d'huile de cantharides extraite par l'éther.

L'éther cantharidal joue le principal rôle dans la composition de l'onguent vésicant et du collodion vésicant ou cantharidal.

D'après M. OEttinger de Munich, on prépare l'onguent vésicant ou cantharidal avec parties égales de graisse et d'éther cantharidal; il agit, après deux ou trois frictions, en moins de deux heures chez les enfants, et d'une manière intense.

Le collodion vésicant ou cantharidal est fourni, d'après le même auteur, par le mélange de l'éther cantharidal avec du coton-poudre en substance ou en solution. L'huile de cantharides produit la vésication, et le collodion forme une couche qui sèche en peu d'instants, par suite de la prompte volatilisation de l'éther.

M. Hisch, de Saint-Pétersbourg, l'inventeur du collodion cantharidal, a fait connaître plusieurs méthodes à l'aide desquelles on peut obtenir ce vésicatoire ; mais, outre qu'elles sont plus compliquées et plus dispendieuses que celle indiquée par M. OEttinger, la préparation a l'inconvénient d'agir trop fortement sur les enfants.

En somme, il est facile de voir que l'emplâtre vésicatoire ordinaire est de beaucoup inférieur aux vésicatoires qui auront pour base l'huile

éthérée de cantharides ou l'éther cantharidal, non-seulement à cause de la lenteur relative avec laquelle il agit, mais encore parce qu'il laisse sur l'ampoule ou aux environs une quantité plus ou moins grande de poudre de cantharides qui peut, en exagérant l'inflammation ou agrandissant le vésicatoire, dépasser les limites de l'effet qu'on voulait produire. Pour ces raisons, il devrait être banni de la thérapeutique des maladies de l'enfance, et remplacé définitivement par les préparations éthérées de cantharides.

Il existe encore beaucoup d'autres préparations vésicantes, telles que le taffetas de M. Guilbert, le sparadrap de M. Boullay, le taffetas vésicant de Cadet, le papier-taffetas de M. Béral, les préparations dont la formule a été donnée par MM. Deschamps et Thierry, celles de MM. Henry et Guibourt, qui ont toutes une action plus ou moins puissante. Ce n'est pas le lieu de discuter leur valeur. Quelles qu'elles soient, elles pourront être adoptées si elles remplissent les conditions suivantes : agir dans un espace de temps qui oscille généralement entre deux et six heures, chez les enfants ; produire une inflammation qui se borne au soulèvement de l'épiderme ; ne laisser, après l'enlèvement du vésicatoire, aucune substance susceptible d'augmenter l'étendue de la plaie ou l'intensité de l'inflammation.

Le choix du vésicatoire étant fait, il s'agit de déterminer le lieu où il doit être apposé. Cette détermination résulte, sans doute, de l'indication particulière à remplir. Cependant il ne paraîtra pas oiseux de rappeler ici qu'il faut éviter, chez les enfants, le voisinage de la vessie. L'hypogastre, et surtout la partie supérieure des cuisses, sont des lieux fréquents d'élection dans les maladies graves de l'enfance, pour l'application des *larges vésicatoires*. La cystite cantharidienne a été plus d'une fois la conséquence d'applications de ce genre, comme j'en citerai plus loin des exemples, et, si on ne l'a pas observée plus fréquemment, c'est moins par le manque de faits que par le silence intéressé des auteurs ou par l'impuissance où sont les petits malades d'exprimer leurs sensations. La réserve que je fais ici pour le voisinage de la vessie n'a rien d'absolu, et il peut se présenter tel cas où l'on doive, dans l'intérêt de l'enfant, négliger cette considération.

Ceci posé, je suppose le lieu choisi. On procède à l'*application* du vésicatoire. Il est rarement besoin de raser la partie chez les enfants, à moins qu'on ne veuille agir sur le cuir chevelu, comme il arrive dans les cas de méningite. Cette précaution une fois remplie, si elle était nécessaire, on frotte la peau avec un linge sec ou imbibé de vinaigre ; puis on y place l'emplâtre, qui s'y maintient facilement si on a eu soin de le faire entourer d'une petite bordure de diachylon gommé.

Cependant, comme les vésicatoires sont sujets à se déplacer, chez les enfants, par l'agitation que la douleur cause à ces derniers, il sera plus sûr de recourir à l'emploi des bandelettes agglutinatives disposées en croix sur l'emplâtre, afin de l'assujettir, et assez longues pour le dépasser de côté et d'autre de quelques centimètres; on évitera une constriction trop forte, qui nuirait à l'activité de la préparation vésicante.

Le docteur Davis, de Londres, a proposé, chez les enfants très-jeunes (au-dessous de quatre ans), d'interposer, entre l'écusson vésicant et la peau, un papier de soie légèrement huilé. On ne trouve pas la phlyctène soulevée lors du premier pansement, mais l'épiderme se soulève dans les pansements suivants.

Cette précaution a évidemment pour but d'éviter la dispersion sur la peau de la poudre de cantharides. L'emploi des préparations éthérées rendrait ce soin inutile.

Le temps jugé nécessaire à la production de la phlyctène étant écoulé, on enlève le petit appareil et l'on retire l'emplâtre, en ayant soin de ne pas déchirer l'épiderme. Quel que soit le mode de pansement que l'on adopte ultérieurement, que l'on veuille ou non entretenir le vésicatoire, je conseillerai, avec le docteur Douglas Maclagan, de recourir immédiatement, chez les enfants, à l'application, pendant plusieurs heures, d'un cataplasme de mie de pain et de lait. L'effet de ce cataplasme est de diminuer la sensibilité excessive des parties, et de rendre la vésication plus complète. A l'aide de cataplasmes semblables, appliqués chez de jeunes malades, j'ai pu ausculter et même percuter légèrement les parties dépouillées d'épiderme, sans occasionner la moindre apparence de douleur.

Le pansement qui succédera aux cataplasmes doit différer suivant qu'on se propose d'avoir *un vésicatoire volant,* ou de faire suppurer la plaie artificielle.

Si l'on veut guérir la plaie en quelques jours, il suffit d'ouvrir la bulle à sa partie la plus déclive, afin de donner issue à la sérosité qui la distend; on laisse l'épiderme en place, et on panse la surface vésicatoriée avec un morceau de linge fenêtré ou du papier brouillard enduit de beurre frais ou de cérat. A l'aide de ce pansement, répété une fois chaque jour, on voit, au bout de quelques jours, l'épiderme se reproduire, et bientôt toute trace de la plaie artificielle disparaître.

Les frottements auxquels se livrent les petits malades s'opposent souvent à l'accomplissement rapide du travail de cicatrisation. C'est dans le but d'empêcher l'éraillure de l'épiderme pendant la durée de ce travail, que M. Bouvier a proposé d'étendre, à l'aide d'un pinceau de blaireau, une couche de collodion sur toute la surface du vésicatoire.

Cette couche de collodion doit être très-mince; trop épaisse, elle se racornit par la dessiccation, et, diminuant de diamètre, laisse à nu les bords du vésicatoire. Bien appliquée, au contraire, les enfants pourraient, à la rigueur, se passer de pansement, et subir le contact des vêtements.

On pourrait encore considérer l'ampoule qui résulte de l'action du vésicatoire comme les phlyctènes produites par une brûlure, et panser avec le coton écru simplement, ou associé au liniment oléo-calcaire.

Enfin les bandelettes agglutinatives appliquées, soit après l'emploi des cataplasmes émollients, soit au début, immédiatement après la levée du premier appareil, puis laissées en place jusqu'à l'époque présumée où la cicatrisation est complète, auront l'avantage, en préservant la plaie du contact des corps extérieurs, d'éviter l'excoriation de l'épiderme, et la formation de ces ulcères qui, trop souvent, chez les enfants gravement malades, succèdent à l'application des vésicatoires volants.

Si, au lieu de favoriser la cicatrisation de la plaie artificielle, on se propose de l'entretenir, de la faire suppurer, le traitement est différent. L'action préalable des cataplasmes sera encore, là, nécessaire pour calmer la douleur cuisante que détermine, chez les enfants, l'action locale des cantharides. Une fois la sensibilité diminuée, on se gardera bien d'enlever immédiatement l'épiderme. La douleur atroce qui résulte de son arrachement pourrait surexciter les fonctions cérébrales, au point de déterminer des accidents convulsifs. On se contentera de panser avec un petit linge ou un morceau de papier brouillard de la forme du vésicatoire, que l'on enduira d'une couche légère de cérat ou de beurre frais. Ce pansement sera renouvelé une fois dans les vingt-quatre heures, pendant quelques jours, c'est-à-dire jusqu'à ce que les symptômes d'inflammation et de sensibilité soient suffisamment apaisés.

Cependant il faut bientôt substituer aux adoucissants l'emploi d'une pommade irritante, si l'on veut éviter que la plaie ne se cicatrise tout à fait. Ces pommades, qui sont en grand nombre, doivent presque toutes leurs propriétés à la présence d'une proportion plus ou moins grande de poudre de cantharides. Il en est cependant qui n'en contiennent pas, comme la pommade au garou, la pommade de Pelletier, celles qui ont pour base la sabine, l'euphorbe, et diverses espèces de daphnés.

Quelle que soit celle que l'on emploie, il faudra prendre en considération l'âge des sujets. Si, chez les vieillards en général, et chez un petit nombre d'adultes, les vésicatoires ont une grande tendance à sécher, il en est tout autrement chez les enfants. Une faible excitation

suffit pour l'entretien de la surface suppurante. C'est pour doser en quelque sorte l'activité que l'on veut donner aux vésicatoires, que M. Trousseau a fait préparer des papiers épispastiques, où la poudre de cantharides, combinée avec la cire, se trouve dans des proportions différentes, suivant l'effet qu'on veut produire. Soit un dixième, un quinzième, un vingtième, etc. Je recommanderai, dans le même but, la pommade déjà conseillée par M. le docteur Payen. Ce médecin, qui avait acquis la preuve que lorsqu'on demandait chez les pharmaciens de la pommade au garou, on donnait une préparation obtenue par l'infusion de cantharides dans l'huile chaude, épaissie ensuite avec de la cire, a proposé l'emploi d'une pommade composée d'après une formule déjà connue de basilicum, de populéum, d'ongnent de la Mère, de cantharides et de garou en poudre. Du reste, il y a un moyen bien simple d'éviter ces substitutions de pommades, c'est, au lieu de demander une pommade épispastique quelconque, de formuler celle qu'on veut employer. Il est bien entendu que les papiers épispastiques, les taffetas, les morceaux de linge ou de papier brouillard qu'on aura enduits de pommades irritantes, ne devront pas dépasser la largeur du vésicatoire, sous peine d'enflammer la peau environnante et d'agrandir la plaie sans nécessité. Je passe également sous silence les soins quotidiens dont la surface suppurante doit être l'objet, les lavages à l'eau tiède, l'abstersion du pus au moyen d'une éponge fine ou d'un linge très-fin dont on applique le milieu sur la plaie en tirant sur les extrémités, l'entretien des bords du vésicatoire dans un état de propreté extrême, etc.

Il n'est pas sans exemple que la suppuration des vésicatoires, chez les enfants, se tarisse d'elle-même; on proportionnera, dans ces cas, l'activité des agents épispastiques à la difficulté que l'on éprouve à entretenir cette suppuration.

Nous examinerons, dans un prochain article, la nature des accidents que peut engendrer, chez les enfants, l'application des vésicatoires.

D[r] HERVIEUX.

THÉRAPEUTIQUE CHIRURGICALE.

DE L'ANESTHÉSIE LOCALISÉE.

Note lue à la Société de chirurgie,

Par M. RICHET, chirurgien de l'hôpital Saint-Antoine, professeur agrégé de la Faculté.

Quoiqu'il puisse paraître aujourd'hui superflu de chercher à démontrer l'utilité, je dirai presque la nécessité de l'anesthésie locale provoquée, en présence des faits malheureux que chaque jour enregistrent

les annales de la science, peut-être cependant ne sera-t-il pas inutile, pour faire ressortir toute l'importance de la question que je viens agiter devant vous, de rappeler cette redoutable conclusion, formulée dans le rapport de M. Robert, et sanctionnée par un vote solennel de la Société de chirurgie : *Le chloroforme pur, et administré par des mains habiles, peut déterminer des accidents graves et même la mort.*

Je ne sais si je m'abuse, mais il me semble que parmi ceux d'entre nous qui ont voté cette conclusion, il n'en est pas un seul qui ne doive être saisi comme d'une vague terreur, impossible à maîtriser, dans le moment suprême où tout l'organisme est sur le point d'être plongé dans un anéantissement dont il ne lui est pas donné de mesurer d'avance toute l'étendue. Pour mon compte, quoique n'ayant pas cru devoir prendre part à ce vote, aveu tacite de l'inconnu qui plane encore sur tous les phénomènes de l'anesthésie généralisée, ce n'est jamais, je le déclare, sans une certaine méfiance mêlée de crainte que j'emploie les inhalations de chloroforme; et plus j'approfondis ce sujet, plus je sens qu'il y a là quelque danger caché, que le plus prudent ne saurait se flatter d'éviter sûrement et toujours; aussi ai-je saisi avec empressement toutes les occasions qui se sont offertes d'étudier les phénomènes qui se rattachent à l'anesthésie localisée, pour échapper à la nécessité de l'anesthésie générale, et le but de cette simple note est de vous exposer, d'une manière brève et concise, les recherches et expérimentations auxquelles, comme beaucoup de mes collègues, je me suis livré à diverses époques, pensant qu'elles pourraient servir de point de départ à une discussion dans laquelle chacun de nous apporterait le tribut de son expérience et de ses méditations.

Longtemps avant la découverte de l'éthérisation, vous le savez, les chirurgiens avaient déjà tenté à diverses reprises, mais sans succès, de supprimer la douleur pendant les opérations, soit par des moyens généraux, soit par des moyens locaux; parmi ces derniers, il faut surtout citer la compression des gros troncs nerveux, proposé par Th. Moore, et mis en pratique, dit-on, avec succès, par Hunter, pour un cas d'amputation de la jambe. Les nerfs crural et sciatique, et aussi, dit-on, le nerf obturateur, ce qui ne paraît cependant guère possible, avaient été comprimés pendant une heure et demie à l'aide d'un tourniquet, et le malade n'aurait accusé de douleur que lors de la section de l'os. Personne, que je sache, ne donna suite à ces curieux essais, et il faut arriver jusqu'à l'époque à laquelle les admirables propriétés de l'éther et du chloroforme furent mis en lumière, pour voir de nouveau surgir la question de l'anesthésie localisée; mais, cette fois, les physiologistes devancèrent les chirurgiens. Dans un mémoire lu à l'Académie de médecine, en

février 1847, M. Longet, marchant d'ailleurs dans les voies ouvertes par M. Flourens, et rendant compte des expériences qu'il avait tentées dans le but de déterminer l'action directe de l'éther sur les cordons nerveux, s'exprime ainsi : « Tout nerf mixte, découvert dans une partie de son trajet, et soumis à l'action d'un jet de vapeur d'éther sulfurique, ou à celle du même éther liquide, *devient insensible dans le point éthérisé et dans tous ceux qui sont au-dessous*, mais néanmoins il demeure excitable et peut continuer d'éveiller la contraction des muscles auxquels il se distribue ; *quelquefois même il peut encore conserver sa faculté motrice volontaire*. » Pour produire cette insensibilité, il ne faut pas croire qu'il soit besoin de prolonger longtemps l'immersion du cordon nerveux dans le liquide ; au bout d'une minute et demie, dit l'auteur, l'insensibilité est absolue, quoique le nerf conserve encore la faculté de faire contracter *volontairement* le muscle qu'il anime ; au bout de trois à quatre minutes, il perd complétement sa faculté motrice volontaire, son *excitabilité* seule lui reste ; et ce n'est qu'après douze à quinze minutes de contact avec l'éther qu'il est dépossédé tout à la fois de sa *sensibilité*, de sa *motricité* et de son *excitabilité*. Mais il faut s'entendre sur cette perte de l'excitabilité. M. Longet ne veut point dire que lorsqu'on irrite, à l'aide de la pile, la portion de nerf située au-dessous du point immergé dans l'éther, il ne réponde plus à cette excitation, car celle-là se maintient toujours pendant un certain temps, *même après la mort ;* il a seulement voulu parler de la perte de l'excitabilité qui se manifeste lorsqu'au début de l'expérience on irrite la portion du nerf située au-dessous du point touché par le liquide anesthésique, en sorte que l'éther en contact avec le tissu nerveux détermine les mêmes effets qu'une section ou une ligature, mais pour un temps très-court.

Il ne faudrait cependant pas croire que c'est en désorganisant le tissu nerveux, à la manière d'une ligature, par exemple, que l'éther produit tous ces phénomènes ; en effet, lorsque l'immersion dans le liquide n'a duré que quelques minutes, l'anesthésie se dissipe rapidement ; et si le contact s'est prolongé au delà de quinze à vingt minutes, les facultés sensitives et motrices, quoique lentes à se rétablir, se rétablissent. Dans quelques cas rares, cependant, on a noté leur affaiblissement notable et pouvant durer un certain temps, ce qui avait fait penser à quelques physiologistes, parmi lesquels je citerai M. Serres, que l'éther liquide, mis longtemps en contact avec le tissu nerveux, *pourrait* bien en dissoudre la matière grasse, opinion purement spéculative et qui ne s'appuie sur aucun fait direct.

Ces résultats semblent tellement liés à la question de l'anesthésie

localisée, qu'on a vraiment lieu de s'étonner que non-seulement les chirurgiens, mais ni M. Flourens ni M. Longet n'aient songé à en tirer parti et à les faire tourner au profit de la pratique. Pour mon compte, j'en avais été assez frappé pour répéter ces expériences, pensant qu'elles pourraient conduire à des applications chirurgicales, et ce n'est qu'après avoir obtenu des effets identiques à ceux de M. Longet que je tentai mes premiers essais sur l'homme. C'était en 1849, à l'hôpital de Lourcine, et vous allez voir que les résultats n'en furent pas encourageants.

M. Nunneley, professeur d'anatomie, de physiologie et de pathologie, à l'Ecole de médecine de Leeds, venait de publier, dans le Surgical and medical, Journal d'Edimbourg (octobre 1849), ses recherches sur l'anesthésie et les substances anesthésiques en général, dans lesquelles il préconisait, comme un excellent agent, le meilleur de tous, selon lui, le *chlorure de gaz oléfiant*, connu, dans le commerce, sous le nom de *liqueur hollandaise*. Encouragé par son exemple, ce fut à ce liquide que je donnai la préférence, rejetant ainsi, bien à tort sans doute, mais enfin rejetant l'éther, que je regardais comme trop peu actif pour porter sur les extrémités nerveuses son action à travers l'épiderme; quant au chloroforme, je le mis également de côté, à cause de la vésication qu'il détermine si habituellement par son simple contact. Cette liqueur, dont j'avais fait la demande à l'administration des hôpitaux, fut préparée sous les yeux de l'habile directeur de la pharmacie centrale, et voici dans quelle circonstance et comment je l'employai : sur huit malades, dont quatre avaient des bubons suppurés, deux des végétations à l'anus, la septième une gomme suppurée de la cuisse, et la huitième un épanchement articulaire du genou, nécessitant la ponction, je fis appliquer des compresses imbibées de 2 à 5 grammes de cette liqueur, et les fis recouvrir de taffetas gommé pour empêcher l'évaporation. Chez six d'entre elles, l'application varia de cinq à dix minutes ; chez la septième, je la maintins pendant vingt minutes, et enfin, chez la huitième, à laquelle je devais pratiquer la ponction du genou, je laissai les compresses en contact pendant plus d'une heure, en ayant soin de renouveler plusieurs fois la dose du liquide; après quoi, en présence de mon collègue M. Cullerier, je fis pénétrer rapidement dans la cavité articulaire un trocart à hydrocèle. Or, dans aucun de ces cas, je n'obtins de résultat appréciable ou digne d'attirer l'attention.

C'est alors que j'essayai de substituer au chlorure de gaz oléfiant le chloroforme, qui ne me réussit guère mieux; en sorte que, découragé, je crus devoir cesser ces expériences, sans même essayer l'éther, ainsi que je l'ai dit précédemment, quoiqu'il eût donné à M. Longet les ré-

sultats satisfaisants que je viens de vous rappeler, et qui avaient été le point de départ de mes tentatives.

Ce n'était pas sans regret, toutefois, que je m'étais éloigné de cette idée; et, quoique j'eusse appris que d'autres avaient également échoué dans cette voie, je restai fermement convaincu que le dernier mot n'était pas dit sur cette question. Ce qui me confirmait dans mes convictions, c'était la lecture même du travail de M. Nunneley. Selon cet auteur, en effet, l'action anesthésique s'exerce d'abord localement et primitivement sur les expansions périphériques des nerfs, pour se propager ensuite, par l'intermédiaire des cordons, jusqu'aux centres nerveux. A l'appui de son opinion, il dit avoir pu paralyser à volonté, en totalité ou en partie, la jambe d'une grenouille, et, en prolongeant l'application de la liqueur anesthésique, avoir propagé à tout l'organisme l'action primitivement locale; enfin, sur des chats, sur des lapins, il a obtenu un tel anéantissement de la sensibilité, que l'amputation d'un membre a pu être pratiquée, sans presque provoquer de douleur.

Tout en reconnaissant que le physiologiste anglais a été beaucoup trop loin en affirmant que la principale action des agents anesthésiques sur les centres nerveux se fait par l'intermédiaire du cordon nerveux plutôt que par l'absorption et le passage dans le sang des principes anesthésiants, il faut reconnaître cependant, ainsi que l'a fait d'ailleurs judicieusement remarquer M. Aran, qu'au fond il a fait ressortir un point capital et malheureusement beaucoup trop laissé dans l'ombre, à savoir, l'action locale et stupéfiante des agents anesthésiques sur les expansions nerveuses, action déjà mise hors de doute par les expériences de MM. Flourens et Longet. N'est-ce pas d'ailleurs de cette manière qu'il agit dans les expériences de notre collègue, M. Gosselin, sur le cœur, et n'avons-nous pas tous eu l'occasion de constater comme M. Bouisson, comme M. Simonin, de Nancy, que les phénomènes de torpeur locale sur la bouche et le larynx précèdent souvent l'insensibilité générale dans les inhalations de chloroforme, et surtout dans celles qu'on pratiquait autrefois avec l'éther? Selon M. le professeur Bouisson, ces résultats sont dus à l'influence locale des vapeurs anesthésiques qui stupéfient graduellement les extrémités nerveuses, en sorte que la muqueuse, qui tapisse les cavités buccale, pharyngienne et du larynx, se trouverait primitivement insensibilisée, ainsi que les muscles de la langue, du pharynx, de la glotte; de telle sorte enfin que les mouvements de ces différents organes cessent, que la langue devient paresseuse, que les efforts de déglutition et le spasme de la glotte disparaissent longtemps avant que l'on puisse attribuer ces effets aux progrès de la stupéfaction

des centres nerveux se propageant vers la périphérie. J'ai été à même de vérifier l'observation du savant professeur de Montpellier, et je crois qu'il est permis de dire que, même dans les cas où on essaye d'obtenir par les inhalations pulmonaires l'insensibilité générale, on détermine primitivement une anesthésie locale sur les parties traversées par le courant gazeux chargé de vapeurs éthérées ou chloroformées, anesthésie locale que vient ensuite renforcer et corroborer l'anesthésie qui se généralise à tout l'organisme.

Il est facile de voir, d'après le court exposé que je viens de vous présenter, exposé que j'aurais pu étendre bien davantage encore en parlant des essais faits avec plus ou moins de succès par beaucoup de praticiens, dans le but de calmer des douleurs névralgiques ou autres par des applications locales de chloroforme, qu'il ne manquait pas de raisons suffisantes pour engager les chirurgiens à de nouvelles tentatives d'anesthésie localisée. Cependant, c'est à peine si des recherches suivies avaient été faites à ce sujet, lorsque, dans ces derniers temps, il y a quelques mois à peine, les journaux de médecine nous apportèrent la nouvelle qu'un praticien de Dublin, M. Hardy (The Dublin Quarterly Journal, novembre 1853, p. 306, avec fig.), venait de faire construire un appareil, dans le but d'injecter, dans le vagin, des vapeurs de chloroforme, pour calmer les atroces douleurs déterminées par un cancer de l'utérus, et qu'il avait complétement réussi. Les résultats obtenus par le médecin irlandais provoquèrent, de la part des es collègues en médecine, plusieurs tentatives, et, dans une note lue à la Société médicale des hôpitaux, M. le docteur Moissenet a donné connaissance de plusieurs faits très-intéressants, dans lesquels il a obtenu, avec l'appareil de M. Hardy, des résultats vraiment inespérés; il a pu, notamment, dans un cas d'ulcère cancroïde du front, qui avait envahi successivement l'orbite, l'œil et une partie de la joue, calmer instantanément et à plusieurs reprises des douleurs atroces qui avaient résisté à tous les moyens connus. C'est à la suite de cette communication qu'une discussion s'étant engagée au sein de la Société, M. le docteur Guérard annonça qu'il avait obtenu des effets analogues de l'emploi de l'éther sulfurique projeté sur la partie douloureuse, et instantanément évaporé à l'aide d'un appareil ventilateur de son invention, exécuté par M. Mathieu. « Je suis disposé à croire, dit en terminant sa communication l'honorable médecin de l'Hôtel-Dieu, que lorsqu'on pratique des insufflations avec de l'air chargé de vapeurs anesthésiques, l'anesthésie est due surtout au refroidissement que l'on détermine dans la partie soumise à ces insufflations. »

Ces heureux résultats me rappelèrent mes essais infructueux de 1849, que je n'avais cependant abandonnés qu'avec regret; aussi m'empres-

sai-je d'accueillir l'invitation qui me fut faite, par M. Guérard, d'essayer le nouveau moyen qu'il avait préconisé, et depuis les premiers jours de mars j'ai eu souvent l'occasion d'appliquer son procédé avec plus ou moins de succès. Permettez-moi, puisque dans toutes les questions, mais surtout dans celles de cette nature, les faits doivent servir de pierre de touche et de *critérium*, de vous présenter une analyse succincte des cas où je l'ai employé, avant de discuter quelques-unes des questions qui se rattachent à cette anesthésie localisée.

Ce serait abuser de votre temps et de votre patience que de vous lire les observations détaillées de ces divers faits ; j'ai donc cru devoir vous en présenter le résumé et, pour plus de méthode, j'ai groupé toutes mes observations en deux catégories.

Dans la première, j'ai rangé les cas dans lesquels un effet anesthésique évident, mais limité, a eu lieu ; dans la deuxième, ceux dans lesquels l'anesthésie a été aussi complète que possible. Une seule fois l'effet a été complétement négatif. Il s'agissait d'un jeune homme de seize ans, auquel j'avais ouvert, par ponction, quinze jours auparavant, une collection séro-purulente, située à la face postérieure de l'articulation du coude ; très-indocile et très-irritable, il avait voulu sortir quelques jours après, de l'Hôtel-Dieu, sans être guéri. Lorsqu'il revint nous trouver, je constatai qu'il s'était établi une fistule dont l'orifice très-étroit ne permettait point au pus de s'écouler. Je résolus donc de l'agrandir ; mais le malade ne voulut entendre parler d'opération qu'à la condition d'*endormir son coude*, ainsi que je l'avais fait à un de ses voisins. J'y consentis, l'éthérisation locale fut pratiquée d'après le procédé ordinaire, dont je donnerai plus loin la description, et lorsque je jugeai suffisante la quantité d'éther volatilisé sur la partie que je devais inciser, je voulus introduire la sonde cannelée ; mais le malade se débattit, déclara qu'il sentait très-bien, et tenta de s'échapper de nos mains, pour éviter l'incision que je lui fis pour ainsi dire *à la volée*. Je chercherai à démontrer, plus loin, que l'éthérisation localisée qui engourdit les nerfs superficiels n'anéantit jamais complétement la sensibilité tactile profonde, en sorte qu'il pourrait bien se faire que ce jeune homme, qui redoutait beaucoup l'incision et s'y attendait, et qui effectivement a dû sentir le contact de l'instrument, se soit exagéré la douleur qu'il croyait devoir éprouver (1). Ce qui me porte à croire que les choses se sont ainsi passées,

(1) Depuis, j'ai rencontré encore quelques sujets tout à fait réfractaires, et d'autres chez lesquels j'ai dû cesser les tentatives d'éthérisation, dont je n'obtenais que des résultats incomplets.

c'est qu'il m'a avoué, le lendemain, en présence de tous les élèves, que ce qu'il avait ressenti n'était pas comparable à ce qu'il avait éprouvé la première fois, et que c'était la peur qui l'avait fait crier.

Je dirai quel moyen m'a suggéré depuis cette observation, pour me mettre à l'abri de ce genre d'erreur très-ordinaire, et qui, j'en ai la plus intime conviction, a fait prendre le change dans plus d'une circonstance.

J'arrive maintenant aux faits de la première catégorie, ceux dans lesquels l'effet anesthésique a été limité, quoique parfaitement appréciable. Ces faits sont au nombre de trois, et dans les trois cas il s'agissait, non plus d'une simple incision, mais d'une véritable opération, d'une certaine durée, pendant laquelle il fallut pénétrer à une assez grande profondeur. Dans le premier cas, en les rangeant dans l'ordre d'efficacité de l'agent anesthésique, il s'agissait d'un malade qui portait au-devant du sternum une tumeur, de la grosseur d'une amande, que je jugeai être de la nature des kéloïdes, ce qui, pour le dire en passant, fut confirmé pleinement par l'examen micrographique. A l'aide de l'appareil ventilateur de M. Guérard, j'évaporai, pendant deux minutes, sur la surface de la peau qui entourait la tumeur, environ quarante grammes d'éther sulfurique; après quoi, à l'aide d'une aiguille, ayant tâté la sensibilité des téguments et l'ayant trouvée anéantie, je pratiquai deux incisions représentant une ellipse de trois à quatre centimètres chacune de longueur et pénétrant jusqu'au-dessous de la couche sous-cutanée; le malade ne manifesta d'abord aucune douleur, il déclara seulement qu'on le touchait. Je fis alors saisir la tumeur avec des pinces érigne, et la détachai des parties profondes, avec rapidité; le malade déclara qu'il commençait à éprouver quelques douleurs, et lorsque je donnai le dernier coup de bistouri, il s'écria, *Ah! celui-là, je l'ai très-bien senti.* Interrogé, après le pansement fait, et alors qu'il n'était plus sous l'impression de la crainte de l'opération, il nous affirma que pendant toute la première partie, celle qui correspondait à l'incision de la peau, il n'avait absolument rien éprouvé. Tout ceci s'est passé en présence de notre collègue, M. Debout.

Dans le deuxième cas, il s'agit d'une extirpation du cinquième orteil du pied gauche. Comme le premier malade, il fut amené à l'amphithéâtre ; la quantité d'éther évaporé fut de 40 à 50 grammes, mais il y en eut beaucoup de perdu, et le temps d'application fut de trois minutes environ. L'extinction de la sensibilité cutanée m'ayant paru satisfaisante, je procédai à l'amputation par la méthode à deux lambeaux, et déjà j'avais taillé le lambeau externe et désarticulé l'orteil,

que le malade, qui me regardait faire, me dit : *Remettez du liquide, je commence à souffrir*. Mais à peine avait-il prononcé ces paroles, que j'achevais l'opération, en taillant le lambeau répondant à l'espace interdigitaire sur lequel, il faut le dire, l'application de l'éther n'avait pu se faire que d'une manière fort imparfaite, à cause de la présence du quatrième orteil. Ici, l'effet anesthésique a été bien plus marqué, et m'a paru s'étendre un peu plus profondément que dans le cas précédent, ce que j'attribue à l'isolement de l'appendice sur lequel j'agissais, tandis que, dans le cas de la tumeur du sternum, l'irradiation nerveuse devait être bien plus difficile à empêcher. Je ne sais si je m'abuse, mais je crois qu'avec une plus grande habitude j'aurais, dans ce cas, obtenu un succès complet, par exemple, en dirigeant sur l'espace interdigitaire un jet d'éther semblable à celui que j'avais adressé seulement au côté externe du pied. Mais, je l'avouerai franchement, je ne croyais que médiocrement alors à la réussite de ce que je tentais, et j'ai été surpris par l'événement.

Le troisième cas de cette catégorie a déjà été publié dans la Gazette des Hôpitaux ; je me bornerai à un rapide exposé. C'était une femme âgée de soixante ans environ, qui était entrée à l'Hôtel-Dieu pour se faire débarrasser d'une tumeur de la grosseur d'une noix, et située sur le côté droit de la face, au devant du corps de la mâchoire inférieure. C'était un kyste sébacé, à parois très-épaisses, dont l'extirpation fut jugée nécessaire. Après avoir vaporisé, sur la peau qui recouvrait la tumeur, 60 grammes d'éther environ, toujours à l'aide de l'appareil de M. Guérard, je procédai à la dissection de la tumeur, que j'incisai aux trois quarts sans que la malade eût l'air de s'apercevoir de ce qu'on lui faisait ; et ce n'est que quand je voulus détruire les adhérences du kyste aux parties profondes, qu'elle commença à s'agiter et à déclarer qu'elle éprouvait quelque douleur. L'opération fut alors rapidement achevée, et le pansement effectué, comme d'habitude, avec des bandelettes. Ici le résultat obtenu est d'autant plus satisfaisant et propre à entraîner la conviction, que les expansions nerveuses dues aux rameaux de la cinquième paire et du plexus cervical superficiel sont très-multipliées, ainsi qu'on sait, et que la face peut être considérée comme la partie sensible par excellence. On s'explique d'ailleurs très-bien la persistance de la sensibilité dans les parties profondes, recouvertes et protégées contre l'action de l'éther par l'épaisseur de la tumeur, que j'ai dit avoir le volume d'une grosse noix. Cette opération fut pratiquée en présence de MM. les docteurs Legroux et Guérard, médecins de l'Hôtel-Dieu.

Ces trois faits présentent ceci de particulier que c'est à peine si sous

l'influence de l'éthérisation localisée la peau perdit sa coloration, remarque importante dont je me servirai plus tard pour établir le mode d'action du liquide anesthésique.

Les faits de la deuxième catégorie, dont j'aborde maintenant l'histoire, présentent tous ceci de commun, que l'anesthésie fut complète, que les malades non-seulement n'accusèrent aucune douleur, mais que la plupart d'entre eux n'eurent même pas conscience du moment où l'opération fut pratiquée, en sorte que l'épreuve a été aussi satisfaisante que possible. Ces faits sont au nombre de dix, et comme tous présentent une similitude parfaite soit dans la manière dont l'éthérisation a été conduite, soit dans les phénomènes observés pendant l'opération, soit dans leurs résultats, je les envisagerai d'une manière générale, pensant qu'il serait fastidieux d'en donner une histoire trop détaillée. Ces dix faits se décomposent ainsi : ouverture d'un abcès ganglionnaire de l'aine, ouverture de deux énormes phlegmons de l'aisselle : l'un était situé profondément au-dessous du grand pectoral, dont les attaches au sternum et à la clavicule étaient soulevées par le pus, il fallut enfoncer le bistouri à quatre centimètres de profondeur; ouverture d'un abcès du sein; incision d'un anthrax de la cuisse, incision d'un phlegmon du bras, à sa partie moyenne; incision d'un hygroma suppuré de la bourse séreuse prérotulienne, fendu dans l'étendue de cinq centimètres environ; opération d'une division congénitale du lobule de l'oreille, incision de deux panaris anthracoïdes, l'un du doigt médius, et l'autre du pouce. Dans tous ces cas, la douleur a été complétement supprimée, et les parties incisées sont restées assez longtemps anesthésiées pour que, dans le fait de division congéniale du lobule de l'oreille, j'aie pu opérer l'avivement des bords de la solution de continuité, passer les épingles et faire la suture, sans que la jeune malade en ait éprouvé autre chose qu'une sensation tactile, qu'elle compara à un attouchement sur une partie engourdie. Cette jeune fille, dont l'observation a été recueillie par M. Guyon, un de mes internes, n'a cessé de rire pendant tout le temps de l'opération, qu'elle redoutait si vivement qu'elle nous échappa, à plusieurs reprises, en poussant des cris affreux.

Dans aucun cas, la peau ne m'a paru changer notablement de couleur, et la vaporisation du liquide n'a semblé en rien modifier les phénomènes de la circulation capillaire.

Quelques malades se sont plaints que le contact de l'éther, au début, leur ait fait éprouver une sensation de picotement désagréable, tandis que d'autres, et c'est le plus grand nombre, ont déclaré n'en éprouver qu'une agréable sensation de fraîcheur; plus tard, ils ont

paru n'en plus ressentir les effets. Enfin, et je tiens beaucoup à fixer l'attention sur ce fait, dans aucun cas cette éthérisation n'a été suivie du plus léger symptôme de réaction inflammatoire, ce que l'on observe fréquemment à la suite de l'application du froid employé comme anesthésique.

Parmi ces dix observations, il en est une surtout que je tiens à vous faire connaître en détail, parce que j'en ai été l'objet, et que j'ai pu ainsi étudier et suivre sur moi-même les diverses phases de l'opération. D'ailleurs, le procédé employé étant le même que celui que j'ai mis en usage dans la plupart des cas, je me trouverai ainsi dispensé d'une description générale.

Dans le courant du mois d'avril dernier, et sans qu'il me soit possible d'assigner au début de la maladie d'autre cause que le contact prolongé de ce liquide âcre que sécrète le péritoine enflammé, je fus pris d'un engorgement phlegmoneux siégeant sur la face dorsale du doigt médius de la main gauche. En quelques jours les phénomènes s'aggravèrent au point que non-seulement le doigt, mais encore toute la face dorsale de la main acquirent un volume considérable, bientôt suivi de traînées d'angioleucite et d'engorgement des ganglions sous-axillaires. Inquiet des progrès rapides de cette inflammation, que je croyais devoir attribuer à l'étranglement produit par la texture serrée des parties au milieu desquelles elle s'était développée, je résolus, quoique le pus ne fût pas encore bien manifestement collecté, de pratiquer une incision profonde, dans le but de débrider, et je songeai naturellement à l'éthérisation locale, désireux d'éviter d'atroces douleurs, que je connaissais par expérience.

Voici comment je procédai : je versai goutte à goutte, sur la face dorsale de la main et la racine du doigt médius environ 50 grammes d'éther sulfurique, dont la vaporisation fut activée au moyen d'un soufflet ordinaire ; je ressentis d'abord une sensation de fraîcheur d'autant plus agréable, que j'éprouvais dans toutes ces parties une chaleur insupportable, accompagnée de battements, et, par intervalle, d'élancements très-douloureux ; une minute s'était à peine écoulée, que ces derniers avaient disparu, sans que, d'ailleurs, la coloration de la peau eût présenté aucune modification sensible. Au toucher, les parties superficielles avaient perdu leur sensibilité ; mais la pression détermina encore, dans les parties profondes, une assez vive douleur, qui allait s'affaiblissant graduellement, au point qu'après deux minutes je n'éprouvai plus qu'une simple sensation tactile.

Pour explorer d'une manière plus certaine la sensibilité, j'enfonçai alors, dans le voisinage du point sur lequel je devais pratiquer l'inci-

sion, une aiguille très-fine dont la pénétration ne me fut révélée par aucun symptôme ; et lorsque je la retirai, il s'écoula par la piqûre une quantité de sang aussi considérable que si la partie n'eût pas été soumise à l'action de l'éther, ce qui me donna la preuve que la circulation capillaire ne paraissait point avoir subi de ralentissement, comme on l'observe dans le cas de réfrigération avec la glace mélangée de sel. J'ai dit d'ailleurs que la peau n'avait point changé de couleur, et j'ajouterai que sa température me parut à peine abaissée. Pendant ce temps, on continuait les irrigations d'éther, au fur et à mesure de la volatilisation ; et lorsque trois minutes se furent écoulées, jugeant que l'anesthésie devait être complète, je saisis une grosse lancette à abcès et l'enfonçai rapidement, et non sans une certaine appréhension, je dois l'avouer, dans la partie culminante de la tumeur ; mais, à ma grande satisfaction, j'en fus quitte pour la peur, car l'incision ne fut pas plus sentie que ne l'avait été la piqûre de l'aiguille ; puis, comme je ne voyais sortir de la plaie que du sang mélangé de quelques grumeaux purulents, je craignis de m'être ménagé, et, enhardi par l'absence de toute douleur, je reportai l'instrument dans le fond de la plaie que j'agrandis en profondeur et en largeur, avec le même succès que la première fois. Je pressai alors sur les parties environnantes, pour bien faire sortir le pus des aréoles du tissu cellulaire, mais la sensibilité avait commencé à revenir ; et comme mon but était atteint, et qu'il s'écoulait une grande quantité de sang mélangé de pus, je recouvris la main d'un cataplasme froid que j'avais fait préparer à l'avance. L'incision pratiquée avait alors environ 20 millimètres de longueur sur 10 de profondeur.

Les phénomènes qui suivirent ne diffèrent en rien de ceux qu'on observe après de pareilles incisions faites sans le secours de l'éthérisation localisée ; c'est-à-dire qu'il n'y eut point le plus léger phénomène de réaction, et qu'à partir de ce moment, la tuméfaction des bords de la plaie et des parties environnantes alla en diminuant progressivement, de même que l'angioleucite et l'engorgement des ganglions sous-axillaires. Tels sont les faits, exposés dans toute leur simplicité. Il me reste maintenant à élucider quelques-unes des nombreuses questions qui en découlent, dont les unes sont susceptibles, je crois, d'une solution immédiate, tandis que les autres exigent encore une nouvelle série d'observation.

(La fin au prochain numéro.)

CHIMIE ET PHARMACIE.

UN MOT SUR L'ÉCORCE D'INGA, NOUVEL AGENT ASTRINGENT.

La substance que nous désignons sous ce nom assez vague, qui lui a servi de passe-port à la douane, bien que signalée déjà dans quelques rares traités de matière médicale, est encore inconnue en France. Ses propriétés toniques et astringentes, que l'on utilise dans quelques contrées de l'Europe, et qui lui valent en Amérique une réputation des mieux établie, son bon marché, du reste, m'engagent à la signaler à l'attention des thérapeutistes.

Me réservant, dans un travail étendu, de faire plus tard l'histoire chimique et pharmaceutique de cette substance, lorsque de nouveaux faits seront venus confirmer les expériences que déjà quelques médecins veulent bien tenter en ce moment, je n'entrerai que dans peu de détails à son sujet.

L'inga, tel qu'il m'a été livré, est en écorces très-compactes, pesantes, épaisses de un à deux centimètres, variables en longueur de vingt à soixante centimètres, en largeur de cinq à douze. Leur cassure nette présente, lorsqu'elle est récente, des couches alternativement blanches et rougeâtres; les cassures anciennes, qui ont subi l'action des agents atmosphériques, présentent une teinte plus foncée, uniformément rougeâtre; c'est aussi la couleur de la face interne du derme, qui présente, de distance en distance, des aspérités nombreuses, et se trouve parsemée, sur quelques échantillons, de petits globules de gomme peu colorés.

Le périderme est rugueux, généralement brun noirâtre, comme chagriné, présentant des cicatrices nombreuses, plus ou moins profondes, et dont le fond offre des teintes, variables du blanc au rouge brun.

Cette écorce mâchée offre une astringence bien franche et sans âcreté, amenant une salivation prompte, et colorant la salive en rouge. Introduite dans l'estomac, elle paraît en activer les fonctions.

Sa richesse en principes extractifs est considérable; elle cède aux différents dissolvants jusqu'à trente pour cent de son poids.

L'extrait aqueux ou alcoolique obtenu par déplacement est comparable pour l'astringence, la couleur et ses propriétés générales, à l'extrait de ratanhia; seulement, il précipite en bleu foncé les persels de fer. Il contient un peu de gomme, de mucilage, et quatre-vingts pour cent environ d'une matière tannante rouge particulière.

L'écorce, après ce traitement, retient encore, outre le ligneux, un produit gras (cire), associé à une matière colorante jaune, de l'extrac-

tif, une forte proportion d'amidon, et beaucoup de sels. Rien n'y décèle la présence d'un alcaloïde, ni d'un principe âcre de nature quelconque. C'est à la matière tannante rouge qu'elle paraît devoir ses propriétés.

En Amérique, l'inga est préconisé comme astringent tonique dans la diarrhée, la gonorrhée, l'hémoptysie, l'incontinence d'urine, et le relâchement des tissus ; comme antiseptique, sa poudre est employée, à l'extérieur, à la façon du quinquina.

Les quelques expériences déjà faites à Paris semblent justifier sa réputation étrangère, et nous font espérer de lui voir prendre un rang distingué dans notre matière médicale. GRIMAULT.

POMMADES CONTRE L'ECZÉMA DU MAMELON.

L'eczéma du sein peut exister, sans qu'il y en ait la moindre apparence sur aucune autre partie du corps. Comme il peut, à la longue, dénaturer le mamelon ou l'auréole en ulcérant les tissus, il est prudent de l'attaquer de bonne heure, de ne pas en négliger le traitement. Parmi les topiques usités en pareil cas, M. le professeur Velpeau se sert de préférence des deux formules suivantes :

1° Axonge lavée à l'eau de rose. . . . . 30 grammes.
Bicarbonate de soude ou sulfure de chaux 50 centigrammes.

Mêlez.

2° Cérat blanc à l'eau. . . . . 30 grammes.
Précipité blanc du calomel. . . . . . 4 —
Camphre. . . . . 20 centigrammes.

Mêlez.

Après avoir fait tomber les croûtes au moyen de beurre frais, ou d'un cataplasme de farine de lin, on enduit soigneusement la surface rouge avec l'une de ces pommades, ou bien encore avec la pommade soufrée, faite avec le beurre frais et le soufre en poudre plutôt qu'avec le soufre sublimé. Si l'eczéma résiste à ces moyens, on en triomphe en promenant sur toute la région dénudée un crayon de nitrate d'argent, trois ou quatre fois dans l'espace de quinze à vingt jours.

L'action de ces topiques doit, en outre, être le plus souvent secondée par les bains généraux, soit mucilagineux, soit sulfureux, soit alcalins. On donne en même temps, à l'intérieur, la tisane de bardane et de patience ou de saponnaire ou de douce-amère, ou bien quelques eaux minérales alcalines.

CARACTÈRES PHYSIQUES ET CHIMIQUES DU FER RÉDUIT PAR L'HYDROGÈNE, ET DU FER PULVÉRISÉ (1).

En 1550, un écrivain, qui fut plutôt le philosophe des bouffons et le facétieux des philosophes que médecin, Rabelais, disait : « Fuyez les médecins et les apothicaires comme la peste : je les connais, ne suis-je pas le fils d'un apothicaire? » Plus tard, lorsqu'il quitta la robe de docteur pour se faire abbé, il disait encore : « Il existe, dans la société, deux hommes dont il est sage de se faire des amis; c'est de son apothicaire et de son cuisinier, puisque tous deux peuvent nous empoisonner à chaque heure du jour, par plaisir, par imprudence, ou par spéculation. » A cette époque, l'opinion du joyeux critique fut discutée et trouvée juste; de nos jours encore on ne pourrait la révoquer en doute, tant il y a de drogueurs dans l'une et l'autre profession : car, frauder les aliments et les médicaments, n'est qu'un jeu pour beaucoup de personnes.

Hier, M. Reinsch nous signalait une falsification de la limaille de fer porphyrisée avec du sulfure d'antimoine. Aujourd'hui, M. le docteur Fremeaux, médecin à Paris, nous présente de l'oxyde noir de fer vendu pour du fer réduit par l'hydrogène. Que doit-on penser de la première falsification? Rien : elle est inqualifiable et inconcevable; celui qui la fait mérite l'épithète d'infâme; à Constantinople, on l'aurait autrefois encloué, par l'oreille, à la porte de son magasin, car il ne doit pas ignorer que le sulfure d'antimoine contient presque toujours de l'arsenic, et qu'il compromet la vie du malade. Quant à la seconde falsification, elle n'est que blâmable, puisqu'on n'a point démontré que l'oxyde noir de fer n'a pas la même action thérapeutique que le fer réduit par l'hydrogène.

Nous pensons être agréable aux médecins, en leur donnant quelques-uns des caractères physiques et chimiques du fer réduit par l'hydrogène, et de la limaille de fer porphyrisée :

Le fer réduit par l'hydrogène ne se présente pas toujours, dans le commerce, avec la même couleur : il y en a de gris blanc, de gris clair, de gris ardoise, de brun clair, de brun foncé de noir ; ces différentes couleurs tiennent au mode de préparation ; le hasard, aussi, n'y est pas étranger, puisqu'on ne peut être toujours libre de modérer le degré de chaleur qu'il faut employer, et qui influe sur sa préparation.

(1) Cet article devait paraître dans notre dernier numéro, l'abondance des matières nous en a empêché. Quoique un travail sur le même sujet ait été publié depuis par M. Hottot, nous n'hésitons pas à insérer celui de M. Stanislas Martin, car, outre les renseignements sur la question générale, notre correspondant signale aux praticiens un moyen facile pour reconnaître lorsque la préparation a été mal faite. (*Note du Rédacteur.*)

Le fer réduit n'a pas toujours la même ténuité, il ne brûle pas également bien lorsqu'on le projette sur un corps enflammé : le plus estimé, en médecine, est celui de MM. Miquélard et Quevenne; il est en poudre impalpable, léger, d'un beau gris ardoise; il n'adhère que peu aux doigts, à peine s'il les colore; vu au microscope, ses granules sont brillants, d'une forme presque ronde : une petite portion mise sur une feuille de papier, et frottée avec un corps dur et poli, doit prendre l'éclat métallique; au contact des acides il ne doit point développer d'odeur d'hydrogène sulfuré, ou, s'il en produit, elle ne doit être que légère et fugitive. Ce fer, mêlé à une petite quantité d'eau, forme une pâte homogène d'où il se dégage, en peu de jours, du gaz hydrogène; le fer alors devient complétement rouge jaune; c'est un sesqui-oxyde. Un vase qui peut contenir 6 grammes d'eau distillée mesure 10 gr. 60 centigrammes de ce fer, lorsqu'il est bien réduit.

MM. Laurent et Chasthelaz ont bien voulu nous prêter le concours de leur savoir, et leur laboratoire pour préparer en grand du fer réduit par l'hydrogène. Nous avons suivi les procédés de MM. Thibierge, Soubeiran et Dublanc, nous avons toujours obtenu un produit d'un gris très-foncé, mais jouissant des autres propriétés du fer de MM. Miquélard et Quevenne, sous le nom de fer réduit par l'hydrogène.

On donne souvent, dans le commerce de la droguerie, du carbonate de fer, qui a été fortement chauffé avec de l'acide oxalique; la proportion est de deux parties du premier, une du second. Ce fer est en poudre grossière, noire, il ne salit que peu les doigts : par le frottement avec un corps dur, il ne prend pas le bel aspect brillant du fer réduit, ou de la limaille porphyrisée; il est d'un dixième plus lourd que le fer réduit, de bonne qualité : son caractère principal est de ne pouvoir produire de scintillement au contact d'un corps enflammé; sa valeur commerciale est de moitié moindre.

La limaille de fer ou d'acier, porphyrisée, a une couleur brune foncée, avec des reflets métalliques; elle doit être douce au toucher; elle tache les doigts, et prend, par le frottement sur le papier, au moyen d'un corps dur, un aspect métallique; vue au microscope, ce n'est qu'un amas de points brillants, à formes diverses. La limaille de fer ou d'acier, mêlée à une certaine quantité d'eau, ne donne jamais de masse homogène; l'eau tend toujours à s'en séparer; elle s'oxyde promptement. Un vase qui contient 6 grammes 80 centigrammes d'eau distillée peut mesurer 15 grammes 65 centigrammes de ce métal.

L'oxyde noir de fer, ou fer oxydulé, est d'un noir mat, beaucoup plus doux au toucher que celui qui est porphyrisé : il a un aspect fuligineux, il adhère aux doigts, et les colore fortement; vu au microscope,

il est amorphe, parsemé de points brillants : mêlé à l'eau, il forme un magma épais, et fait entendre, au moment du mélange, une légère décrépitation ; mis sur un corps enflammé, il ne scintille pas, comme le fer réduit par l'hydrogène ; chauffé avec un courant de gaz hydrogène, il donne de l'eau. Un vase qui contient 6 grammes 80 centigr. d'eau distillée peut mesurer 6 grammes 65 centigrammes. Ce poids varie selon la finesse de la poudre ; ce caractère n'est donc pas absolu.

Il est surgi, dans la matière médicale, une foule de préparations ferrugineuses, depuis que Becker a constaté que le fer jouait un rôle important dans l'organisme animal. Le fer réduit par l'hydrogène serait le plus employé, s'il n'avait pas l'inconvénient de produire des éructations ; le fer porphyrisé lui serait préférable, s'il était plus attaquable aux divers acides de l'estomac. Le lactate, le citrate de fer, et plusieurs autres sels à base du même métal, ne peuvent être prescrits que sous la forme de pilules, à cause de leur mauvaise saveur ; le sous-carbonate est le sel le plus employé. STANISLAS MARTIN.

CORRESPONDANCE MÉDICALE.

NOUVELLE MÉTHODE ET NOUVEL APPAREIL DIT GLOSSOCOME POUR LE TRAITEMENT DES FRACTURES DU MEMBRE SUPÉRIEUR.

(Suite et fin) (1).

FRACTURES DE LA CLAVICULE.

Hippocrate, Paul d'Egine, Guy de Chauliac, Heister, Brasdor, Brunninghausen, Picetti, etc., jusqu'à Desault, ne s'étaient occupés qu'à porter l'épaule en arrière ; depuis ce chirurgien, au contraire, on ne s'est presque attaché, si ce n'est M. Favre, de Barcelonnette, et M. Guillon, qu'à la porter en haut et en dehors. Pour opérer cet effet, on s'est servi constamment du bras comme d'un levier ; mais, soit par le relâchement des liens qui maintenaient le bras, soit par l'emprisonnement douloureux du membre et la compression de la poitrine qui en résultait, soit encore parce que ces indications ne suffisaient pas pour atteindre le but, les fractures de la clavicule ne guérissaient jamais sans difformité. Dupuytren, lassé de ces entraves et de ces difficultés, finit par se borner, à l'exemple de Pelletan, à faire garder le lit au malade et à placer le bras sur un oreiller. J'ai vu pareillement quelque part que M. Robert, chirurgien de l'hôpital Beaujon, faisait mettre un coussin derrière le dos, de manière que l'épaule malade ne portât pas et qu'elle fût entraînée en arrière par sa propre pesanteur, le malade étant couché sur le dos.

(1) Voir les livraisons des 30 janvier et 15 avril, p. 60 et 313.

Mais ceci ne montre que du découragement ; car, garder le lit pendant vingt ou trente jours dans la plus parfaite immobilité est un supplice aussi intolérable qu'impossible. Bien des praticiens se contentaient de maintenir le bras relevé par une écharpe, et c'était presque rationnel, puisque le déplacement et la difformité existaient de manière comme d'autre. « La difficulté, a dit Sanson, que l'on éprouve à soutenir le membre, dont le poids seul produit le déplacement du fragment externe en bas, est telle, que presque toujours l'on échoue, quel que soit le bandage que l'on ait employé, par le seul fait du relâchement de celui-ci. « Quels que soient donc les défauts des bandages de Ch. Bell, de MM. Fabre, Guillon, et de celui de Simonin, qui n'est qu'une copie en raccourci de ceux de Flamant, de Delpech, d'Earle, quels que soient encore les vices de la méthode dorsale de M. Pellissière, ce traitement sera toujours insuffisant, comme celui de Desault, par le seul fait que ces chirurgiens emploient un bandage mou pour soutenir le membre. Il n'y a donc pas deux voies : ou il faut modifier le bandage de M. Velpeau, en le rendant tolérable, ou il faut renoncer à cet ordre de moyens. Quant à nous, nous avons trouvé les dangers des appareils solidifiables trop sérieux et leurs difficultés trop insurmontables pour ne pas les abandonner. D'ailleurs, voici la réforme que nous avons apportée aux procédés : ici encore, il s'agit de pratiquer l'extension du fragment externe sur l'interne, et cette extension s'opère en portant l'épaule en haut, en dehors et en arrière. Mais la difficulté est tout entière dans la possibilité et la facilité de maintenir l'épaule dans cette position. Eh bien ! nous avons deux manières pour y parvenir, selon le mode d'applications de notre glossocome que nous employons encore alternativement, et pour le soulagement du malade, et pour celui des points d'appui qui supportent l'effort. Il s'agit de l'extension directe et de l'extension indirecte que nous utilisons dans ce but. Le mécanisme en est très-simple, mais son explication est un peu plus compliquée ; car ici il nous faut un levier autre que le bras pour l'extension directe, et, quoique son action soit directe sur l'épaule, cet effet, cependant, ne se manifeste que par un mécanisme indirect. Ce levier, qui n'est toujours que notre glossocome, prend, au moyen d'une courroie, son point d'appui sur l'épaule opposée, puisque la partie inférieure de l'appareil est soutenue par cette courroie et que la supérieure, qui se meut par la coulisse, possède la puissance et soulève l'épaule ; c'est de cette manière que le bras du malade est libre et qu'il peut exécuter plusieurs mouvements ; avantages que n'a eus jusqu'ici aucun des appareils imaginés depuis Desault.

Cependant, si le creux de l'aisselle était fatigué de supporter l'ac-

tion, force nous serait d'éloigner le glossocome de son contact immédiat, et de fixer le coude à l'appareil pour élever l'épaule par un mécanisme indirect dont le bras serait le principal moteur. Mais voyez tout de suite quelle ressource! On peut atteindre le même but par deux modes d'application du même moyen, en les employant suivant la nécessité, ou en les alternant pour le soulagement particulier du malade.

Disposition de l'appareil. — Le glossocome est garni avec du coton, sous l'aisselle comme sur ses deux faces, brachiale et thoracique, précaution inutile avec le perfectionnement des coussins à air dont nous avons parlé; ensuite, une courroie en baudrier, dont une boutonnière s'engage dans l'anneau inférieur de l'appareil, se rend de là sur l'épaule opposée, qui doit supporter tout l'effort, et qui, pour cela, est protégée par des coussinets de linge et de coton, ou mieux par des coussins à air en caoutchouc vulcanisé que nous avons fait confectionner à Paris, comme le représente la figure que nous donnons plus bas. Cette courroie est serrée et bouclée au point convenable. Or, plus on serrera cette courroie, plus on relèvera l'épaule, parce que tout l'appareil est pressé vers l'aisselle, tandis que l'épaisseur de l'appareil et de son matelassage, la direction oblique de la planche, portent l'épaule en dehors et en arrière. Aussi suffit-il souvent, pour opérer la réduction de la fracture, de serrer la courroie-baudrier et de retenir le coude du bras. De cette manière, l'épaule est portée en haut et en dehors, en même temps qu'elle l'est en arrière par l'obliquité d'avant en arrière et de bas en haut de l'appareil; il ne reste plus qu'à l'y porter davantage, si l'on veut, et qu'à l'y fixer. Or, on parvient à ce double résultat en serrant d'abord la courroie-ceinture au point convenable, ensuite en croisant sur l'épaule malade les deux courroies fixées aux anneaux du glossocome. L'antérieure de ces courroies devient postérieure et va se boucler à une autre courroie portée par la ceinture. Cette courroie, qui est mobile dans la ceinture, où elle passe comme un anneau, se fixe par un lacet aux trous de la ceinture, car elle n'est ainsi mobile que momentanément pour s'accommoder aux différentes épaisseurs du tronc des individus. Cette courroie attire l'épaule en arrière, et l'immobilise dans cette position par la pression qui résulte de la courroie supérieurement et de la crosse de l'appareil sous l'aisselle. Tandis que la courroie postérieure, qui devient antérieure, en croisant aussi la poitrine, maintient le tout dans la situation qu'on lui a donnée, celle-ci n'étant serrée qu'à un degré contentif.

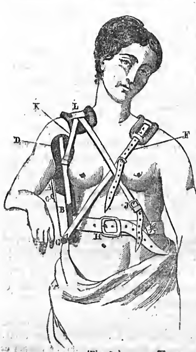
Explication de la figure.—Je représente, par cette figure, une application de mon glossocome huméral à une fracture de la clavicule du côté droit. Le bras est libre, c'est-à-dire que l'épaule est portée en haut, en dehors et

en arrière par la puissance et le mécanisme de l'instrument lui-même.

A indique la coulisse supérieure femelle; B, la coulisse inférieure mâle, et C, la vis de pression qui les fixe à la longueur voulue; D, le coussin en caoutchouc qui protége l'aisselle; c, le coussin aussi à air qui garantit le tronc et que l'on aperçoit le long de la partie antérieure du glossocome, ainsi que dans l'intervalle des coulisses. Dans cette condition de l'appareil, le coussin qui doit protéger le bras n'a pas été placé; aussi voit-on parfaitement les coulisses A et B par leur côté externe.

F est la courroie-baudrier qui, sur l'épaule gauche, passe dans les coulants d'un coussin à air qui embrasse et protége la partie contre la pression, ici considérable, car tout l'effort se fait sur l'épaule opposée à celle de la fracture. On voit aussi que cette courroie passe par une boutonnière dans un piton à anneau G, placé à la partie inférieure de l'appareil.

H, la ceinture qui fixe l'appareil au tronc. On y distingue une des courroies I, qui passent dans cette ceinture pour fixer les courroies croisées, insi que le lacet qui, par le moyen des trous de la ceinture et de ceux de cette courroie même, la rend immobile pour prêter un appui solide aux courroies croisées. C'est la courroie postéro-antérieure J qui vient se boucler à ce point, tandis que, postérieurement, il en est de même pour la courroie antéro-postérieure K, dont on ne voit ici que la partie antérieure s'attachant à l'anneau du glossocome.



(Fig. 3.)

L, encore un coussin à air, plus large que celui placé sur l'épaule gauche, parce que celui-ci doit protéger l'épaule contre l'entrecroisement des courroies et appliquer sur la clavicule fracturée, qu'il maintient dans la réduction effectuée par le mécanisme de l'appareil. Chez les individus un peu maigres, il se moule sur les saillies et les enfoncements de la région claviculaire et aide beaucoup, je crois, à la contention et à la consolidation.

Les autres courroies et notamment la ceinture n'ont pas besoin de coussin ni de matelassage; un peu serrées sur les chairs et invariablement fixées, elles n'exercent aucun frottement et, par conséquent, ne déterminent aucune excoriation. C'est un fait que je puis parfaitement affirmer et auquel néanmoins crut difficilement mon ami le professeur Gerdy, qui, dernièrement, lorsque je fis devant lui et ses élèves l'application de mon appareil dans son service de l'hôpital de la Charité, voulut bien apprécier les avan-

tages de ma méthode et ne trouver à mon bandage que l'inconvénient de n'avoir pas des courroies rembourrées. Cependant, je n'en ai jamais voulu faire usage, parce que ce moyen complique tout de suite beaucoup un appareil, et sans avantage suffisant, car le temps et la sueur finissent par durcir ce rembourrage et le rendre tout à fait impropre à l'effet que l'on en attendait. Aussi, avant les coussins à air qui supportent l'effort à nos principaux points d'appui, je matelassais les courroies avec du coton cardé, maintenu par une bande roulée. On peut voir ce que je disais dans le *Bulletin de Thérapeutique*, janvier 1847, à ce sujet, en parlant des fractures des membres inférieurs et de mon glossocome pelvien.

Nous disons donc que par ce mécanisme l'épaule est portée en haut, en dehors et en arrière, parce que :

1° Le glossocome, maintenu invariable par la courroie-baudrier qui prend son point fixe sur l'épaule saine et qui fournit en bas au glossocome un point fixe, remonte forcément l'épaule lorsqu'on fait agir la boucle ou les coulisses : la boucle, parce que la courroie remonte tout l'appareil ; les coulisses, parce que, tendant à écarter les deux pièces de l'appareil, la partie supérieure remonte, tandis que l'inférieure est retenue par la courroie-baudrier.

2° Ce mécanisme porte l'épaule en dehors, parce que l'appareil étant placé un peu obliquement de dehors en dedans et de haut en bas, appliqué qu'il est à la forme de la poitrine, comme aussi, placé un peu d'arrière en avant, il dirige forcément par son action l'épaule en dehors.

3° On porte enfin l'épaule en arrière par la courroie qui, se fixant à l'anneau latéral antérieur, et se bouclant en arrière, entraîne le moignon de l'épaule dans la direction de son action, et l'y maintient par la fixité que lui fournit la ceinture.

Nous disons donc que voilà les trois indications formulées par MM. Gerdy et Sanson parfaitement remplies, et remplies de manière que l'appareil ne peut que très-peu se relâcher ; tandis qu'en avançant une boucle d'un trou de plus, on porte aussitôt remède à cet inconvénient. Enfin, ces indications sont encore remplies sans comprimer la poitrine et sans cacher le point fracturé.

Ce n'est pas tout : comme, dans cet état de choses, il reste encore un reproche à adresser à notre appareil, que son action sous l'aisselle pourrait finir par excorier celle-ci, nous parons à ce danger possible, dont aucun appareil n'a été exempt jusqu'ici, par l'extension indirecte que nous pratiquons de la manière suivante. Le coude est rapproché de l'appareil et fixé à sa partie inférieure par les deux courroies sus et sous-trochléennes, ainsi que nous l'avons indiqué dans les fractures de l'humérus ; ensuite on fait glisser la coulisse de manière qu'elle ra-

mène la partie supérieure, qui remontait et soutenait l'épaule, au point de ne pas toucher l'aisselle.

D'où il résulte que l'épaule, qui était soutenue en haut et en dehors directement par l'aisselle, l'est maintenant indirectement par le bras, comme dans plusieurs appareils, avec la différence cependant qu'ici tout est solide et presque invariable, et que, quand l'aisselle n'offrira plus de sensibilité, on pourra revenir avec la plus grande facilité, et sans remuer l'épaule elle-même, au premier mode d'extension, qui laissera de nouveau le bras libre.

Explication de la figure 4. — Cette figure représente une fracture de la clavicule, traitée avec le bras fixé à la partie inférieure de notre glossocome et, par conséquent, faisant l'effet du baudage de Desault, ou mieux de la ceinture et du bracelet de Boyer. Seulement, comme nous l'avons dit, cette position n'est pour nous que temporaire, afin de laisser reposer l'aisselle lorsque celle-ci est fatiguée. Aussi voit-on sur notre figure la crosse du glossocome fortement abaissée, son coussin à air étant même un peu désempli. L'effort est donc entièrement maintenu par la ceinture et les courroies sus et sous-trochléennes; tandis que l'épaule est toujours fixée par les courroies croisées. La courroie-baudrier seule est relâchée.


(Fig. 14).

Les dessins qui précèdent montrent comment, chez la femme, notre appareil peut être appliqué sans comprimer les seins. M. C. Dumas, dans les Archives de médecine, a donné l'observation d'une femme qu'il ne put traiter, à cause du volume du sein, par le bandage de Desault, ce qui lui suggéra l'idée d'appliquer un coussin sous l'aisselle, puis, en dehors du coussin, une attelle qui, en bas, était fixée et retenue autour du corps. Le besoin de notre appareil a donc été pressenti avant nous, mais cette idée est le seul rapprochement que l'on peut faire de cet appareil avec le nôtre. Ils diffèrent ensuite par le mécanisme, par le mode d'action, comme par

le genre de ressources et les conséquences contentives. Cependant le fait de M. C. Dumas n'en est pas moins remarquable, parce qu'il atteste l'utilité particulière de notre appareil dans des cas semblables, et cela d'autant plus que, son mécanisme étant plus exact et plus complet, il pourra mieux et plus facilement remplir les indications de ce genre de fractures.

Obs. III. A la fin de l'hiver de 1852, un jeune homme, fort et trapu, à épaules très-larges, avec les clavicules très-arquées, tombe d'un âne sur le moignon de l'épaule et se fracture la clavicule au centre de la courbure antérieure, de sorte que, cette courbure étant très-prononcée, le déplacement fut considérable. J'appliquai mon appareil en laissant alternativement le bras libre, comme je l'ai indiqué précédemment, et la réduction ainsi que la contention s'opérèrent par le mécanisme que j'ai expliqué.

Huit jours après, étant obligé de partir pour Paris, je confiai le malade à mon confrère, M. Arbaud, qui voulut bien surveiller ce traitement et l'action de mon appareil. Or, mon confrère a si bien réussi, qu'à mon retour j'ai pu voir le malade fort satisfait, car il avait de suite repris ses travaux et ne conservait qu'un cal à peine sensible au toucher. J'ai même voulu, avant de clore ces lignes, un an après, le revoir, et je déclare que maintenant, si l'on ne se rappelait pas le côté fracturé, ni l'œil ni le doigt ne pourraient le distinguer. Le malade fait lui-même cette observation, car j'ai été obligé de me rappeler le côté où je me plaçais pour le panser, pour déterminer en effet que la fracture avait eu lieu du côté gauche, car le malade me défiait lui-même de la reconnaître.

Or, cette différence de résultat avec les procédés ordinaires est bien caractéristique, car on observe des cals quelquefois énormes par le chevauchement des fragments; circonstance qui, raccourcissant la clavicule, gêne pendant assez longtemps les mouvements du bras. Cette observation est donc remarquable sous plusieurs rapports, et surtout par ce fait que la constitution du sujet rendait les déplacements beaucoup plus faciles et, par conséquent, la contention plus pénible.

Obs. IV. A la même époque, il entra à l'hôpital de Manosque un homme ayant une fracture de l'acromion; cet homme, d'après les détails que m'a fournis encore mon confrère, M. Arbaud, avait eu une rixe avec des militaires dans un cabaret et ne voulut jamais donner des détails précis sur la manière dont avait pu s'effectuer cette fracture. Aussi n'a-t-on jamais pu savoir si elle était due à une cause immédiate ou indirecte. Mais ce qu'il y avait de positif, c'est que l'acromion était fracturé, comme l'avait constaté un médecin appelé lors de l'accident, et comme put le voir M. Arbaud, qui reconnut non-seulement la mobilité de cette apophyse, mais encore la crépitation des surfaces fracturées.

M. Arbaud, alors, appliqua mon glossocome huméral, de manière à relever le moignon de l'épaule seulement et à soutenir le bras avec une écharpe. La pression de l'appareil sous l'aisselle paralysa l'action du deltoïde et, pressant particulièrement sur les bords des muscles grand pectoral et grand rond, agissait de manière à raccourcir leurs fibres et à faire supporter particulièrement le poids du membre par ces muscles, de sorte que

l'acromion, immobilisé par ce fait que l'épaule était elle-même immobile, se consolida parfaitement, sans avoir été obligé, comme dans les procédés ordinaires, d'attacher le bras au tronc et de repousser l'acromion par la tête de l'humérus.

Or, le fait de cette immobilité avait eu des conséquences si naturelles et si exactes que, quinze jours après, en reprenant mon service d'hôpital, je ne pus constater le moindre indice qui me témoignât de la fracture. Aussi j'avoue que j'eus un moment de doute sur son existence et que je proposai au malade de lui enlever l'appareil ; mais ce dernier n'y consentit pas, prétendant qu'il avait été trop immédiatement soulagé depuis son application, tandis qu'il sentait encore combien cela le soulageait de lui soutenir l'épaule. Depuis, je n'ai plus pu en douter, par les détails bien circonstanciés que j'ai transmis plus haut d'après M. Arbaud.

Je n'enlevai l'appareil qu'un mois après son application, et le malade put presque aussitôt se servir de son membre, et exécuter sans gêne et sans difficulté tous les mouvements d'élévation du bras.

Je puis donc regarder ce cas comme extrêmement heureux, et parce qu'il n'y a eu aucune difformité qu'amène toujours une consolidation vicieuse, et à cause de la liberté de mouvement, puisque Cheselden a depuis longtemps observé, dans ces circonstances, la gêne des mouvements d'élévation. Après ces avantages, les praticiens auront à examiner la facilité du traitement avec notre glossocome et sa supériorité d'action sur les bandages de Desault, de Boyer, etc., qui obligent de fixer le bras au tronc, sans l'assurance d'y réussir avec les bandages mous, et avec la torture et les inconvénients qui en résulteraient si on les rendait inamovibles.

Enfin, pour mieux faire comprendre la puissance de mon appareil dans les fractures de la clavicule, je vais donner, avec quelques détails, l'observation d'une luxation en arrière de cet os.

Obs. V. *Luxation en arrière de la clavicule.* — Je prends cet exemple de luxation en arrière de la clavicule, parce que les indications que présente cette luxation n'ont d'autres différences avec celles de la fracture de cet os que plus de rigueur, et, partant, les appareils destinés à les remplir, plus de difficultés à surmonter ; c'est tellement ainsi, que les praticiens les plus distingués ont toujours regardé le maintien de cette luxation comme impossible, c'est ce qui résulte évidemment des œuvres de Boyer, Sanson, J. Cloquet, etc. Pour ma part, je ne connais, dans l'histoire de l'art, d'autre exemple de guérison de luxation de la clavicule sans difformité, que celui que je vais fournir.

Un jeune homme de la commune de la Mirabeau, fort et vigoureux, s'était rendu (juin 1847) dans la commune de Corbière, pour disputer à la lutte un prix proposé à l'occasion d'une fête patronale. Ce jeune homme

fut renversé par son adversaire et tomba sur l'épaule gauche. Soit l'effet du choc, soit celui de la double pesanteur du corps des deux lutteurs ou la force de l'impulsion, l'extrémité postérieure de la clavicule se luxa sur l'acromion. On vint me chercher aussitôt, mais je ne pus me rendre auprès du malade que le lendemain au matin. Certes, il ne me fut pas difficile de constater l'espèce et la nature de la lésion. La clavicule faisait au-dessus de l'acromion et sous la peau une saillie considérable, car cet os, comme toute la charpente osseuse de l'individu, était très-développé. Je disposai donc aussitôt, pour la réduire et pour la maintenir réduite, mon glossocome huméral. (Voyez ce que nous avons déjà dit des fractures de la clavicule.) Pour cela, il me suffit de garnir de linges et d'étoupes l'échancrure axillaire, et les deux faces thoracique et brachiale de l'appareil. Toutefois, je n'agis ainsi que parce que j'avais oublié d'apporter des coussins piqués en coton cardé, que j'avais adoptés avant les coussins à air. Or, cette circonstance aura quelque importance dans les détails de cette observation.

Ces dispositions prises, je glissai sous l'aisselle le glossocome, je passai sur l'épaule opposée la courroie-baudrier, et, en serrant sa boucle, qui remontait l'appareil sous l'aisselle, je portai le moignon de l'épaule en haut, en dehors et en arrière; circonstance qui, en déterminant l'extension dans la direction opposée à la luxation, réduisit celle-ci. Il ne s'agit plus dès lors que de la maintenir dans cet état. Pour cela, je bouclai la ceinture qui appliquait l'appareil au tronc; je fixai le coude à la partie inférieure de l'appareil, ce qui, comme dans le bandage de Desault, tendait encore à porter le moignon de l'épaule en dehors et en haut; puis je maintins le tout invariablement avec mes deux courroies qui venaient s'entrecroiser précisément sur l'épaule malade, où j'avais disposé un coussin gradué, dans le double but de protéger les chairs contre l'action de la courroie, et de comprimer plus invariablement et plus directement l'extrémité luxée de la clavicule.

De cette manière, la réduction étant opérée par l'effet de l'appareil et non par une manœuvre du chirurgien, il était beaucoup plus probable que cet appareil devrait remplir plus exactement et plus invariablement les trois indications que Sanson et M. Gerdy avaient signalées. Nécessairement l'épaule, étant portée à la fois et simultanément en haut, en dehors et en arrière, devait être maintenue dans cette position. Aussi, rien ne pouvait mieux remplir le vœu exprimé par Mathias Mayor, de prolonger l'effet produit par les mains du chirurgien, puisque c'était l'appareil lui-même qui le produisait. En effet, je l'ai déjà dit, la courroie-baudrier, par son action sur l'extrémité inférieure du glossocome, par la direction oblique de dedans en dehors et d'avant en arrière, porte l'épaule en haut, en dehors et en arrière, et, tandis que la ceinture fixe le glossocome dans cette position, le bras, attaché par le coude, et les courroies d'entrecroisement poussent l'épaule sur la crosse du glossocome. D'où il résulte, non-seulement l'avantage de la position que nous venons d'indiquer, mais une contention simultanée de toute l'épaule, pressée et maintenue qu'elle est entre les courroies croisées et la crosse axillaire.

Les indications ainsi remplies et assurées, je soutins la main et l'avant-bras par une écharpe, et je demeurai environ pendant une heure auprès du malade, pour constater si la pression que j'avais déterminée n'était pas trop

forte et n'occasionnait pas des crampes en comprimant les nerfs et les vaisseaux axillaires. Le blessé ne s'en plaignit pas; alors je le quittai en lui recommandant de me faire appeler le lendemain s'il souffrait, ou, dans le cas contraire, de venir me trouver dans une huitaine de jours. Ce qui arriva. Il se fit mettre dans une voiture et vint me voir huit jours après. Il m'assura alors qu'il n'avait pas souffert; cependant la main et l'avant-bras étaient assez tuméfiés, par suite de la compression trop directe des vaisseaux axillaires, circonstance dépendante du matelassage improvisé de chanvre et de linge, qui, s'étant affaissé, ne remplissait pas suffisamment l'aisselle et laissait trop à nu l'action de la crosse du glossocome.

J'aurais pu remédier à cet état de choses, faire maintenir l'épaule et le bras par des aides, enlever le glossocome et le garnir de ses coussins piqués, mais la réduction avait été si exactement maintenue, le malade me déclarait si formellement qu'il ne souffrait pas, que je n'osai pas toucher à une réduction dont l'exactitude promettait un succès si remarquable. D'ailleurs je n'étais pas fâché de voir tous les inconvénients de mon appareil, et d'expérimenter tout à fait les ressources qu'il pouvait fournir de lui-même pour y remédier. Je me bornai donc à détacher le coude de l'appareil et à donner au bras, ainsi seulement maintenu par une écharpe, une certaine liberté, ce qui, d'ailleurs, en diminuant la pression axillaire sur le glossocome, devait diminuer la compression des vaisseaux qui y répondent. De cette manière aussi, je devais voir toute la puissance de mon appareil pour le maintien de la réduction. En effet, n'était-ce pas dès lors la puissance intrinsèque de son mécanisme qui répondait de tout, puisqu'il devait remplir, sans la participation de la position du bras, toutes les indications?

Je ne revis le malade qu'après la huitaine encore écoulée. Cette fois, il se rendit à pied à Manosque, et j'observai tout d'abord que le gonflement du bras et de la main s'étalent entièrement dissipés. Mais alors il y eut un peu de rougeur à l'aisselle, et quelques exfoliations épidermiques qui se voyaient plus loin m'annonçaient qu'il pourrait bien y avoir un peu d'excoriation à cette partie où portait si directement et sans matelas suffisant la crosse du glossocome. Cependant le malade ne se plaignait pas.

Toutefois je ne voulus pas laisser encore le malade huit autres jours exposé à voir s'accroître cette excoriation et souffrir alors réellement, d'autant que, dans l'état, les causes qui avaient agi persistaient encore, et d'autant plus que la chaleur de la saison dans le midi de la France, l'exercice que faisait le malade (car, outre qu'il avait fait trois lieues à pied pour venir me trouver cette fois, il se promenait toute la journée et chaque jour dans la campagne) excitaient la transpiration, qui avait donné au linge interposé des propriétés irritantes, soit par la nature de la sécrétion de l'aisselle, soit par la dureté que ce linge prenait en se desséchant.

Comme la contention était toujours aussi parfaite, de même que la première fois, je ne voulus pas toucher à la situation des parties pour changer les coussins axillaires du glossocome: il fallut donc employer un autre moyen, c'était de faire glisser des tampons de coton entre l'aisselle et le linge, mais surtout maintenir la coaptation, c'est-à-dire la situation des parties sans appuyer de nouveau sur l'aisselle. Je rétablis donc les choses comme en premier lieu, c'est-à-dire que je fixai encore le coude à la partie inférieure de l'appareil, je resserrai plus invariablement la ceinture, afin que le coude, l'appareil et le tronc ne pussent ainsi faire aucun mouvement.

Alors, j'abaissai ma coulisse supérieure, que je fixai plus bas par la vis de pression. Il en résulta qu'en raccourcissant la longueur du glossocome, comme sa partie inférieure était maintenue invariablement par la ceinture, ce fut sa portion axillaire qui descendit et qui laissa un vide entre sa crosse et l'aisselle, vide qui me permit de faire éponger l'aisselle avec un peu d'eau froide et d'y glisser des tampons de coton de manière à faire porter les points les moins excoriés. Mais je dois ajouter que depuis assez longtemps j'ai renoncé à cette pratique; je me borne seulement à faire l'extension indirecte par le bras et à laisser le creux de l'aisselle libre par l'éloignement du glossocome. Quoi qu'il en soit de cette circonstance particulière, avec cette nouvelle disposition, l'épaule, qui était soutenue directement en haut et en dehors, et un peu en arrière par le glossocome lui-même, le fut ndirectement par le bras; tandis que la courroie d'entrecroisement antéro-postérieure qui, tout en passant sur l'épaule, la portait en arrière, et l'action de la même courroie postéro-antérieure, qui fixait cette position, pressant toujours de la même manière l'épaule, contribuaient également au maintien de la coaptation et de l'invariabilité. Seulement, au lieu de presser l'épaule sur la crosse du glossocome, elles la pressaient sur le coude, maintenu invariablement à la partie inférieure de l'appareil fixée elle-même par la ceinture.

Enfin, ce fut encore au bout de huit jours que le malade vint me revoir, et comme tout s'était passé ainsi que je l'avais prévu, c'est-à-dire que l'excoriation s'était guérie et que l'extrémité claviculaire s'était invariablement maintenue dans sa réduction la plus complète, je crus devoir et pouvoir enlever l'appareil. D'ailleurs, pourquoi l'aurais-je laissé plus longtemps? je n'avais aucun terme de comparaison; je ne trouvais, dans l'histoire de l'art, aucun fait qui pouvait m'instruire; l'induction, ou plutôt l'intuition seule me dirigea, et je crus que, parce que trois semaines étaient suffisantes pour la consolidation d'une fracture de la clavicule, quatre devaient l'être pour une luxation. Cependant, tout en enlevant l'appareil, je recommandai au malade de porter une écharpe qui, pendant plusieurs jours encore, lui maintînt le coude soutenu.

Il me dit l'avoir fait lorsque, deux mois après, il vint me revoir et m'annonça qu'il ne se ressentait en aucune manière de son accident. Toutefois je voulus m'assurer par moi-même de l'état des choses; je le fis déshabiller, et je pus constater avec joie, par la parfaite similitude des deux épaules, qu'il n'y avait réellement pas de traces de la luxation précédente. Je voulus même pousser plus loin mon examen, et, pendant que j'avais une main appliquée sur chaque région acromio-claviculaire, je lui faisais faire quelques mouvements avec ses bras, et je crus reconnaître alors qu'il y avait un peu plus de mobilité dans l'articulation luxée que dans celle qui ne l'avait pas été. Cette circonstance tient-elle à la nature même de la lésion, à la disposition anatomique défavorable de cette articulation, à la gravité particulière de cette luxation, d'ailleurs si complète? Ou bien serait-ce un enseignement pour d'autres cas analogues, qui indiquerait de laisser plus longtemps l'appareil? La suite l'apprendra, car cette observation, la seule que la science possède aujourd'hui avec détails, ne peut pas porter la démonstration dans chaque circonstance et dans toutes les indications.

C'est peut-être le premier exemple de guérison sans difformité d'une

luxation en arrière de la clavicule : voilà, par conséquent, une preuve incontestable de la puissance et de l'efficacité de ma méthode. Je ne parle pas de sa supériorité, parce que je ne prétends pas qu'à force de soin, de patience et de clairvoyance, on ne puisse en obtenir autant avec un autre appareil. Mais la supériorité relative ne peut pas se prouver par le nombre des faits, comme je l'ai déjà dit : donc je ne me targue point de celui-ci, fût-il réellement l'unique dans l'histoire de l'art. Ce que je prétends, c'est que la supériorité de ma méthode doit s'induire de ce que je suis arrivé à ce résultat avec plus de sûreté, de facilité et de certitude, qu'avec les autres méthodes connues jusqu'à ce jour.

Ainsi, je ne disputerai plus si tel appareil remplit mieux qu'un autre telle indication, si celui-ci en oublie une, etc. Pour abréger la discussion, j'admets que tous les remplissent également bien. Je veux parler toutefois des indications qui découlent de la fracture elle-même, c'est-à-dire de la condition de porter l'épaule en haut, en dehors et en arrière ; je me réserve le terrain que j'ai appelé les exigences physiologiques de nos organes et de nos fonctions.

Pour procéder avec plus de clarté, je dis tout premièrement que tout appareil qui, par son mécanisme d'extension indirecte, exige la présence continuelle du coussin axillaire, doit être d'abord écarté de toute prétention à la supériorité ; parce que ce coussin se durcit, s'imprègne des sécrétions folliculaires de l'aisselle, irrite dès lors la peau et l'excorie. Or, si l'action du bandage tient essentiellement à ce coussin, une fois l'effet dont nous avons parlé déterminé, comment y parerait-on? Substituerait-on un nouveau coussin à l'ancien? Outre l'inconvénient de cette pratique, dans certaine période de la formation du cal, le nouveau coussin, qui aurait pu ne pas produire des excoriations, sera inhabile à cicatriser celles qui existent, parce que sa pression ne se fait pas moins sentir, et toujours précisément sur les mêmes points. En conséquence, ce bandage en ce moment sera devenu intolérable et en même temps dangereux, sans que le praticien se trouve en mesure de pouvoir y remédier.

Les bandages qui exigent le coussin axillaire écartés, il en reste bien peu dans la discussion; cependant, comme les vices sont collectifs, je ne les distinguerai pas : je me bornerai à dire que des bandages qui restent, les uns sont mous, effectués avec des bandes ou des cravates; les autres sont solidifiables, c'est-à-dire amidonnés ou dextrinés.

Toutefois, pour ces deux genres de bandages, il existe des inconvénients communs et des inconvénients particuliers : l'inconvénient commun, c'est d'exiger une position du bras extrêmement fatigante

et souvent intolérable, puis de comprimer et d'emprisonner entièrement le bras dans ce bandage et dans la même invariabilité de position pendant tout le cours du traitement. Or, j'ai vu bien des individus ne pouvoir pas du tout tolérer cette position ; la plupart la modifient toujours par quelques mouvements destinés à se soulager. Or comme, quelque limités que soient ces mouvements, le retentissement sur les fragments de la clavicule est considérable, il en résulte que l'efficacité des bandages mous qui se prêtent à ces mouvements est dérisoire.

Arrivé donc à cet inconvénient particulier des bandages mous, je n'ai plus qu'à ajouter que souvent les applications et réapplications du bandage restent sans effet, parce que, pendant des dérangements de coaptation si fréquents, le dépôt des substances plastiques ne se fait pas moins entre les bouts des fragments, de sorte qu'il arrive un moment où les tentatives de réduction du chirurgien sont impossibles ou fort difficiles. Dès lors, un cal vicieux, l'ennui pour le malade d'avoir eu à souffrir un bandage inutile, et celui du chirurgien d'avoir fait beaucoup d'efforts pour arriver à une déception, ne sont que les conséquences des bandages mous. Aussi des chirurgiens habiles, voyant ce résultat, ont-ils professé que mieux valait abandonner les choses à la nature.

Quant aux bandages solidifiables, qu'on croyait et qu'on avait destinés à parer précisément à l'inconvénient que je viens de relater, ils n'y remédient pas non plus. En effet, outre les mouvements que peut faire le blessé pendant que le bandage n'est pas encore durci, outre les dangers qu'il y aurait de laisser ainsi, pendant tout le temps du traitement, le chirurgien et le malade dans une déplorable confiance, suivie d'une déception irremédiable, il existe un autre inconvénient, qui doit lui enlever entièrement toute prétention : c'est l'amaigrissement nécessaire, inévitable, qui survient à toute partie comprimée, surtout chez un individu souffrant, privé de ses mouvements, etc. Or, dès cet instant, supposez, tant que vous voudrez, la plus directe, la plus régulière invariabilité à ce moule de fer, si les parties contenues s'affaissent elles-mêmes sous lui, plus l'invariabilité de votre cuirasse sera réelle, plus grand et plus certain sera le vide qui existera entre elle et ce qu'elle renfermait et devait contenir. Supposez alors un certain jeu, peu considérable même, à ce bras dont la cruelle position fait toute votre puissance, et vous ne pourrez plus croire que votre coaptation demeurera encore exacte !

Maintenant je pourrais laisser de côté cette autre particularité pratique, dépendante de la dureté du bandage. Il serait peu nécessaire

pour le faire rejeter, de dire que puisqu'un bandage mou ulcère et excorie, un bandage durci ne saurait guère avoir la prétention contraire. Toutefois, comme on pourrait se targuer de son invariabilité pour empêcher cet effet, je n'ai qu'à ajouter que véritablement ces excoriations s'effectuent d'autant mieux que l'amaigrissement a été plus considérable et la contention du bandage plus dérisoire.

Maintenant je ne dois pas avoir besoin d'établir la supériorité de ma méthode sur toutes celles qui l'ont précédée ; elle ressort d'elle-même suffisamment par l'observation qui précède et qui, en fournissant l'histoire du mécanisme de mon appareil, démontre assez de quelle manière il conserve son invariabilité, et par quelles facultés il obéit aux exigences organiques et se prête aux conditions physiologiques de nos organes.

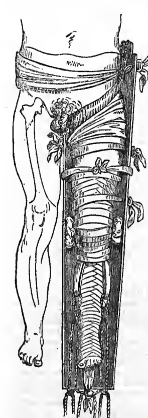
D'ailleurs cette supériorité, nous nous plaisons à le répéter en nous résumant, ne consiste qu'en une chose, c'est de donner toutes les facilités possibles au chirurgien, de manière à ce que, pouvant toujours tout voir, il puisse remédier à tout par les moyens les plus sûrs, comme les plus exacts et les plus commodes ; tandis qu'enfin le mécanisme de nos appareils étant disposé non-seulement pour toutes les indications, mais pour toutes les éventualités, il en résulte une doctrine par laquelle le praticien peut distinguer le but qu'il a à atteindre. Supériorité bien grande sur les autres méthodes qui, laissant presque tout à la sagacité individuelle, exposent à toutes les chances possibles.

Dr Dauvergne,
Médecin de l'hôpital de Manosque (Basses-Alpes).

BULLETIN DES HOPITAUX.

Du glossocome chez les anciens. — La dénomination imposée par M. Dauvergne à ses appareils n'est pas un mot de création nouvelle ; elle ne fait que rappeler le nom d'un des meilleurs appareils dont se servaient les anciens, pour obtenir la consolidation des fractures du membre inférieur. Le glossocome, chez eux, consistait en une sorte de coffre long ; son invention était antérieure à Galien, puisque, ce médecin le décrit, dans ses commentaires sur le livre d'Hippocrate : « *Des fractures.* » Scultet, Garangeot, Amb. Paré, en donnent des descriptions dans leurs ouvrages, et le regardaient comme étant d'une nécessité indispensable dans le traitement des cuisses et des jambes. Malgré le jugement porté par les illustres chirurgiens, le glossocome avait disparu, même de nos arsenaux de chirurgie, lorsqu'un chirurgien moderne, M. Baudens, est venu montrer, par des cures remarquables,

tous les services que cet appareil pouvait rendre à la pratique de la chirurgie. En rappelant l'origine antique de ce mode de traitement, notre seul but est d'aider à sa vulgarisation, et de montrer que Breschet avait eu tort, en disant que le glossocome était retombé dans un juste oubli. Les modifications apportées dans sa construction, par M. Baudens, serviront, sans doute, à prévenir son nouvel abandon. Le glossocome, chez les anciens, consistait en un coffre long, muni en bas d'un tour ou essieu. Le membre fracturé placé dans l'appareil, des courroies, à plusieurs chefs, venaient prendre un point d'attache au-dessus et au-dessous de la solution de continuité de l'os, puis elles étaient fixées à l'essieu ; les courroies destinées à la contre-extension se réfléchissaient sur des poulies placées sur les côtés de la partie supérieure de l'instrument. L'essieu mis en mouvement, au moyen d'une manivelle, tirait en haut la partie de la jambe et la cuisse situées au-dessus de la fracture, et en bas la partie qui était au-dessous ; de sorte qu'à l'aide d'une même manœuvre on pratiquait en même temps l'extension et la contre-extension.



M. Baudens a montré qu'on pouvait se passer de l'essieu et pratiquer la contre-extension à l'aide d'une alèze ou mieux d'un tube en caoutchouc vulcanisé, passé dans le pli de laine ; l'extension se fait à l'aide d'un étrier, prenant son point d'attache sur un bandage amidonné appliqué sur le bas de la jambe. Cet étrier est fixé aux ouvertures nombreuses faites à la paroi inférieure de l'appareil. Ces trous, pratiqués aux diverses parois de l'instrument, sont une des modifications les plus heureuses, ainsi que le fait voir la figure ci-jointe. Ils permettent de maintenir la coaptation des fragments osseux, même dans le cas de fractures comminutives. Le seul inconvénient des ce mode de traitement est la raideur des articulations, sur lesquelles on a dû prendre un point d'appui ; mais qu'est-ce qu'un semblable inconvénient, en

présence des résultats que cet appareil fournit, surtout dans les cas de fractures compliquées de plaies graves, ainsi que M. Goffres a présenté de si remarquables exemples? (*Bulletin de Thérapeutique*, tome XLIV, pages 68 et 160.)

Les nouveaux modèles de M. Dauvergne, basés toujours sur les mêmes principes, peuvent, grâce à d'ingénieuses modifications, être appliqués également aux fractures du membre supérieur; l'expérimentation s'en poursuit dans les hôpitaux de Paris. Nous rendrons compte à notre confrère des résultats qu'ils auront donnés.

RÉPERTOIRE MÉDICAL.

ACCOUCHEMENT (*Bons effets de l'emploi des ventouses sèches comme moyen de calmer les douleurs de l'*). Nous faisions connaître dernièrement l'emploi fait par un médecin américain des ventouses sèches, comme moyen d'accélérer le travail de l'accouchement, ou de diminuer les douleurs, suivant le point particulier sur lequel se fait leur application. Nous trouvons dans un journal anglais un fait qui, sans confirmer entièrement l'assertion de ce médecin américain, dépose cependant en faveur de ce moyen, dans le cas de douleurs excessives qui troublent et retardent l'accouchement.

Le 23 janvier dernier, M. le docteur Mason fut appelé auprès d'une femme forte et robuste, âgée de vingt-trois ans, en travail de son second enfant. Les douleurs, qui étaient très-violentes et très-pénibles pour la malade, portaient sur le sacrum, sans que le travail parût marcher; au contraire, l'orifice du col n'était pas plus dilaté que les dimensions d'un schelling, tendu et non dilatable. Le vagin était chaud, sec et adhérent au doigt; le toucher était très-douloureux; la tête de l'enfant se présentait dans la position occipito-sacrée droite. Le travail était établi depuis près de vingt-quatre heures, et les choses n'avaient littéralement pas marché depuis. Un purgatif, des lavements émollients et opiacés, une saignée du bras, le tartre stibié à dose nauséeuse, rien n'y fit. Trois heures après, M. Mason put constater que tout était dans le même état, sauf la sensibilité et la chaleur plus vives des parties génitales. Les douleurs étaient presque continuelles, et rapportées par la malade au sacrum; elles étaient tellement vives, qu'elles entraînaient des espèces de mouvements convulsifs dans les membres supérieurs. La face était animée et anxieuse. M. Mason envoya chercher chez lui un long tube destiné à faire des injections d'eau tiède dans le col do l'utérus; mais, dans l'intervalle, les douleurs acquirent une nouvelle intensité, la malade fut prise d'une espèce de délire; et, dans la nécessité de faire quelque chose, n'ayant pas sous la main de chloroforme, M. Mason se décida à appliquer des ventouses sèches sur les points douloureux, ne fût-ce que pour calmer cette hypéresthésie excessive, à laquelle la malade était en proie. Un large verre à ventouse fut placé de chaque côté du siége principal de la douleur, et un troisième immédiatement au-dessus du coccyx. Cette application dérangea immédiatement la face des choses. Les cris et l'agitation disparurent à l'instant même; les douleurs excessives firent place à des douleurs naturelles et d'expulsion. Le toucher montra le col de l'utérus largement dilaté, le vagin moins chaud et abondamment lubrifié; en moins d'une demi-heure, l'accouchement était terminé. L'enfant était faible, respirait difficilement, et succomba trois heures après, sans doute à cause de la compression continuelle à laquelle le placenta et le cordon avaient été soumis, entre la tête du fœtus et l'utérus.

M. Mason dit avoir essayé le même

moyen avec succès chez des femmes dont les accouchements précédents avaient été difficiles et laborieux; seulement, il y a une remarque à faire relativement à l'époque du travail à laquelle on doit en faire l'application. Si on y avait recours avant l'établissement suffisant de la contraction périsaltique, on courrait le risque de retarder le travail. Aussi M. Mason a-t-il essayé ces ventouses comme moyen d'arrêter des avortements imminents, et il a réussi ainsi parfaitement chez des femmes chez lesquelles la disposition à l'avortement était parfaitement établie par la répétition fréquente de cet accident. (*Association med. Journ.*, 1854.)

BUBON (*Emploi du tartre stibié à dose contro-stimulante dans le traitement du*). Nous avons fait connaître, il y a quelques années, les heureux résultats obtenus par un chirurgien anglais, M. Milton, de l'emploi du tartre stibié à dose contro-stimulante, dans le traitement du plegmon et des inflammations phlegmoneuses externes, et nous avons applaudi, pour notre part, à l'introduction, dans la pratique chirurgicale, d'une médication qui compte tant de succès dans la thérapeutique des inflammations des organes parenchymateux, et en particulier du poumon. Nous trouvons dans un journal anglais quelques détails sur les nouvelles expériences poursuivies par le même chirurgien, avec la même médication, dans le traitement du bubon. M. Milton ayant résumé les résultats qu'il a obtenus et les conclusions auxquelles il est arrivé dans les propositions suivantes, nous les reproduisons textuellement : « 1° Le bubon, dit M. Milton, dans sa forme la plus legère, est rapidement guéri par de petits vésicatoires; 2° sous une forme plus aiguë, aucun effort ne doit être négligé pour obtenir la résolution; on y réussit en général facilement, en employant le tartre stibié à haute dose (un grain toutes les deux ou trois heures), et en faisant des applications d'eau très-chaude sur le bubon; 3° lorsque la résolution est effectuée, on peut obtenir la résolution de l'induration et de l'engorgement, comme dans le bubon indolent, à l'aide de l'iodure de potassium à l'intérieur, des vésicatoires, et, plus tard, de l'emploi de la teinture d'iode; les friction sous toutes les formes sont nuisibles et douloureuses; 4° lorsque la résolution ne peut être obtenue, la meilleure manière d'évacuer le pus consiste à introduire une aiguille à travers la peau saine ou aux limites inférieures du cercle rouge, qui indique le siége de l'inflammation; 5° lorsque le bubon n'est soumis aux soins du chirurgien qu'après son ouverture, il vaut mieux le traiter par des irrigations abondantes d'eau tiède que par des applications stimulantes directes, qui sont plus douloureuses et moins efficaces; 6° on peut obtenir l'absorption du bubon indolent avec la teinture d'iode, les vésicatoires et l'iodure de potassium. »

On voit que ces conclusions renferment tout un ensemble de préceptes relativement à la thérapeutique du bubon. M. Milton devant publier un travail spécial sur le traitement de ces collections purulentes par les ponctions sous-cutanées, nous nous reservons d'en parler ultérieurement, et nous voulons seulement entrer dans quelques détails relativement au mode d'administration du tartre stibié. Ainsi qu'il a été dit plus haut, le tartre stibié est donné à la dose de 0,05 en pilule, toutes les deux ou trois heures; mais, pour les vingt-quatre heures, la dose habituelle est rarement de plus de 0,40, avec ou sans addition de quelques gouttes de teinture d'opium, dans le but d'éviter les nausées et les vomissements. (*The Lancet*.)

CANCER (*Nouveaux faits à l'appui de l'emploi des mélanges réfrigérants dans le*). Nous avons fait connaître, en son temps, l'ingénieuse application que M. Arnott avait faite de ses mélanges réfrigérants au traitement du cancer, et c'est avec regret que nous avons vu cette idée, vraiment bonne et utile, se perdre au milieu de ces nombreuses inutilites qui se produisent par les cent voix de la presse médicale. C'est donc avec plaisir que nous revenons sur ce mode de traitement du cancer, non pas que nous pensions qu'on obtienne jamais de cette manière la guerison definitive et radicale de véritables cancers; mais parce que les effets authentiques de ces mélanges refrigérants, s'ajoutant à l'arrêt momentané de la circulation dans la

tumeur, pourraient peut-être suspendre la marche de la maladie, et au moins calmer les douleurs atroces qui sont les conséquences du travail ulcératif des tumeurs cancéreuses. Nous voyons aussi, avec intérêt, que M. Arnott a fait subir à sa médication des modifications utiles, en ce sens qu'il fait aujourd'hui des applications très-courtes, qui ont seulement pour but de calmer la douleur. et des applications plus prolongées qui peuvent être jusque de quatre minutes, en ayant la précaution de faire suivre l'application de la glace de celle d'une vessie d'eau à la glace, dans le but d'éviter la réaction brusque qui suivrait l'emploi du mélange réfrigérant, et la douleur qui pourrait en être la conséquence.

Dans le premier fait rapporté par M. Arnott, il s'agit d'une dame de cinquante ans, d'une santé assez détériorée, qui portait depuis plus de deux ans une tumeur volumineuse et dure, ou plutôt deux tumeurs contiguës, avec douleurs pongitives et rétraction considérable du mamelon. Cette tumeur avait résisté à tous les traitements, et depuis neuf mois, la malade, qui s'était refusée à l'opération, ne faisait plus aucun traitement. Deux applications furent faites par M. Arnott, à une semaine d'intervalle, dont la malade se trouva si bien, qu'en l'absence de ce chirurgien son mari les lui continua. Or, en très-peu de temps, les douleurs furent complétement calmées, et la tumeur avait diminué des deux tiers. En deux mois, et bien qu'on n'eût fait que trois ou quatre applications prolongées et des applications fréquentes et d'assez courte durée, l'amélioration était évidente. Quelque temps après, la glace manqua, et la malade, qui se trouvait très-bien, n'eut pas de rechute; au contraire, lorsque M. Arnott en eut des nouvelles, un an après, il ne restait plus rien de la tumeur, et seulement une excavation de substance gommeuse, non sur le mamelon, mais au pourtour de celui-ci.

Dans le second cas, c'était une femme, qui portait dans la mamelle une tumeur dure, aplatie, hémisphérique, de trois pouces de diamètre, bosselée à sa surface, non cohérente à la peau, excepté au niveau du mamelon, qui était rétracté et légèrement ulcéré; il y avait, en même temps, des douleurs lancinantes. La maladie durait depuis plus de deux ans, et de tous les moyens employés aucun n'avait réussi. M. Laurence, consulté, avait proposé l'opération, comme la seule et unique ressource. Au mois de mai 1853, le traitement fut commencé par une application du mélange frigorifique pendant quatre minutes, avec une application d'une vessie d'eau glacée à la suite. On revint à cette application tous les mois. Six mois après, lorsque M. Arnott revit cette femme, la tumeur avait diminué, surtout en épaisseur, et, à tout autre égard, son état était fort bon. Au mois d'avril de cette année, la tumeur était toujours appréciable, quoique moins épaisse; mais depuis quatre mois la malade n'avait pas eu une seule mauvaise nuit, tout au plus si elle avait, de temps en temps, quelques élancements passagers dans la tumeur. Sa santé générale était très-bonne, et elle se trouvait très-bien d'exercice en plein air. Cependant ce n'était qu'un état pallié; car, dès que la malade restait plus de quelques semaines sans revenir à cette application, la vie revenait, disait-elle, dans la tumeur; et dans la crainte de reperdre ce qu'elle avait gagné, elle reprenait l'usage des mélanges réfrigérants. (*The Lancet*, mai.)

DIGITALE. *Son emploi pour la cure de l'hydrocèle.* L'opération de la cure radicale de l'hydrocèle est aujourd'hui une des plus simples et des plus sûres de la chirurgie. C'est une opération cependant, et, comme telle, elle n'est pas exempte d'accident. On doit donc accueillir avec empressement tout moyen qui permet d'arriver sans elle au même but. Celui que propose M. Bellucci, et qu'il appuie de cinq observations, est des plus innocents et des plus simples, puisqu'il consiste dans l'emploi d'une pommade composée de 4 à 6 grammes de poudre de feuilles de digitale pourprée et de 30 grammes d'axonge. Des frictions sont faites sur la tumeur, en ayant soin de bien laver le scrotum tous les cinq à six jours, pour activer l'absorption du remède. Cinq cas d'hydrocèle, dont un aigu et quatre chroniques, rapportés par l'auteur, témoignent de l'efficacité du nouveau moyen, qu'il a suffi d'employer deux ou trois mois, pour arriver à une guérison complète et solide. On a

contesté, en ces derniers temps, l'absorption de la digitale à travers l'enveloppe cutanée : ces nouveaux faits tendent à prouver que cette assertion n'est pas fondée. (*Il Filiatre sebezio* et *Gaz. méd.*, mai.)

DYSPEPSIE *avec vomissements rebelles* (*Bons effets de l'acide cyanhydrique dans la*). Après avoir joui d'une vogue momentanée en France, l'acide cyanhydrique est tombé aujourd'hui dans un discrédit profond, non moins injuste que la faveur imméritée dont il avait été en possession momentanément. En Angleterre, l'acide hydrocyanique a été mieux et plus longtemps étudié que chez nous; aussi n'a-t-on pas tardé à lui reconnaître une efficacité très-remarquable dans ces affections complexes et multiples, confondues sous le nom commun de dyspepsie, de gastralgie, de gastrodynie. Elliotson, qui a contribué surtout à répandre l'emploi de ce médicament, a spécifié les cas suivants comme ceux dans lesquels on peut en attendre les meilleurs effets : 1° ceux dans lesquels la douleur est le symptôme prédominant; 2° ceux dans lesquels la gastrodynie est accompagnée de renvois aqueux et brûlants, constituant ce qu'on appelle le pyrosis; 3° ceux dans lesquels il existe une irritabilité excessive de l'estomac qui produit des vomissements; et 4° ces désordres de l'estomac, qui, par quelques-uns de leurs symptômes, rappellent une affection du cœur. Pereira, qui l'a souvent employé, s'en loue beaucoup; car non-seulement, dit-il, cet acide calme la douleur, mais encore il fait cesser les vomissements. Seulement, ce qu'il y a de remarquable dans son action, c'est que, ou bien il guérit immédiatement et souvent presque comme par enchantement, ou bien il échoue entièrement; autrement dit, guérison ou insuccès absolu, mais pas de demi-succès.

Nous trouvons dans un journal anglais un fait clinique qui engagera peut-être quelques-uns de nos lecteurs à ne pas dédaigner, autant qu'on le fait généralement, l'emploi de l'acide cyanhydrique. Un jeune garçon de douze ans était affecté, depuis trois mois, de vomissements revenant cinq minutes après les repas, avec vertiges, mais sans nausées, vomissements qui étaient moins faciles pour les aliments solides que pour les liquides. Céphalalgie constante, constipation, bon appétit, pas de douleur dans le ventre. Dès que ce jeune garçon avait vomi, il revenait à ses jeux ou à ses occupations. Déjà il avait été affecté de ces accidents l'année précédente, et les avait gardés pendant cinq mois; ils avaient disparu spontanément et peu à peu. Après l'administration d'une poudre purgative, M. Risdon Bennett lui prescrivit une mixture effervescente et trois gouttes d'acide cyanhydrique médicinal, de six en six heures. Il garda ses aliments un peu plus que d'habitude. Le troisième jour il pouvait conserver son déjeuner, mais il rendit une petite portion de son dîner. Les vomissements se suspendirent le lendemain, et, pendant les vingt ou vingt-cinq jours que le malade resta à l'hôpital, ils ne se reproduisirent pas; en même temps la céphalalgie et les vertiges disparurent. La dose d'acide cyanhydrique fut réduite, après huit ou dix jours, à trois gouttes trois fois par jour, dans une infusion de racine de colombo. (*The Lancet.*)

HYDROPISIES (*Effets remarquables de l'élatérium dans le traitement des*). L'élatérium est un médicament hydragogue, excessivement actif, que l'on trouve recommandé dans les meilleurs auteurs, et en particulier par Sydenham, dans le traitement des hydropisies, et surtout de l'anasarque. Telle est son activité, lorsqu'il est bien préparé, qu'à faible dose, 1/16, 1/8 de grain, il détermine de nombreuses garderobes aqueuses, et assez souvent même des vomissements. C'est donc un médicament très-précieux dans les hydropisies, et qui va directement au but que l'on se propose, celui de faire diminuer et disparaître les liquides épanchés, en produisant des sécrétions exagérées et de même ordre vers d'autres voies. Mais aussi, l'on comprend que c'est un médicament dont l'activité doit être surveillée avec soin, puisqu'il pourrait donner lieu à une inflammation très-intense et très-grave de l'intestin. Dans le cours des maladies du cœur en particulier, et de la néphrite albumineuse, la thérapeutique ne compte aucun médicament sur lequel on puisse fonder d'autres grandes espérances, et nous rapportons, à l'appui de notre assertion, le fait suivant :

Une femme de quarante-quatre ans,

mère de douze enfants, entra, au mois de mars dernier, dans le service de M. Todd, pour une anasarque jointe à une ascite, avec des signes évidents d'affection du cœur et des urines fortement albumineuses. Depuis dix-sept jours, la malade était à l'hôpital, soumise au traitement ordinaire, par les diurétiques, lorsqu'elle se plaignit de mouvements convulsifs dans les membres, et, dans la même nuit, elle fut prise tout d'un coup d'accès épileptiques avec convulsions générales : écume à la bouche et morsure de la langue; perte de connaissance, à la suite de ces accès. Le lendemain, elle eut huit de ces accès en quelques heures. M. Todd n'hésita pas à lui prescrire 1/4 de grain d'extrait d'élaterium en une pilule, toutes les trois heures. Trois heures après, l'effet purgatif avait commencé, et, en vingt-quatre heures, la malade avait eu vingt garderobes, et avait uriné très-abondamment à chaque garderobe. Ces pilules furent continuées pendant deux jours à la même dose, puis réduites à une toutes les six heures, et l'on continua ainsi pendant dix jours. Il en résulta une grande faiblesse; mais, en revanche, toute trace d'œdème avait disparu; à peine s'il y avait quelques cuillerées de liquide dans l'abdomen; la quantité d'albumine avait beaucoup diminué. La poudre de jalap composée fut substituée à l'élaterium; mais quinze jours ne s'étaient pas passés que l'œdème reparaissait de nouveau, envahissant les membres inférieurs, et s'accompagnant d'ascite. Des mouvements convulsifs dans les membres décidèrent enfin M. Todd à revenir à l'élatérium, à la dose de 1/4 de grain toutes les trois heures; on continua ainsi pendant deux jours, puis la malade ne prit plus que deux pilules par jour, et elle en prit ainsi pendant une quinzaine. A cette époque, elle se trouvait mieux, dormait bien la nuit, ne toussait plus, et l'hydropisie avait beaucoup diminué. Le nombre des pilules fut réduit à une par vingt-quatre heures, de manière à n'avoir que trois ou quatre garderobes. Huit jours après, la malade quittait l'hôpital sur sa demande, ne toussant plus, pouvant aller et venir, dormant bien, n'ayant plus d'hydropisie, et seulement une trace d'albumine dans les urines. (*The Lancet.*)

QUININE (*Antimoniate de.*). *Expériences cliniques sur ce nouveau sel fébrifuge.* Aux nombreux sels de quinine connus, M. le docteur La Camera vient en ajouter un nouveau. Déjà, en 1850, dans un livre sur les maladies intermittentes, publié à Naples, ce médecin signalait l'antimoniate de quinine et n'hésitait pas à le placer au premier rang parmi les antipériodiques. Aujourd'hui il apporte de nouveaux faits cliniques à l'appui de sa première assertion. M. La Camera parle de douze à quatorze malades, traités avec succès, par ce remède, de fièvres intermittentes plus ou moins graves, et il cite trois observations en détail, qui auraient été contrôlées par les docteurs de Nasca, Ruggiero, Massina et Ciacchi. Ces trois observations ont trait à des fièvres d'accès, à type quotidien ou tierce, avec complication d'accidents divers. L'auteur conclut de ses expériences que l'antimoniate de quinine est bien préférable à la poudre de James, et souvent au sulfate de quinine lui-même. Il paraît réunir les propriétés résolutives et diaphorétiques des préparations d'antimoine, et les vertus des sels de quinine. Il a plusieurs fois déterminé des évacuations alvines plus ou moins abondantes; il aurait l'efficacité de prévenir les récidives, et pourrait s'administrer impunément dans les cas douteux de périodicité, où la rémittence se cache sous l'apparence d'une marche continue. La dose d'antimoniate de quinine est de 0,60 à 0,75 centigrammes, qu'on administre en trois ou quatre prises, dans l'intervalle des accès ou pendant la rémittence. On y revient plusieurs jours de suite, en diminuant les doses à mesure que les accès se dissipent. Nous n'avons vu, dans les observations de M. La Camera, aucun accident suivre l'administration de l'antimoniate de quinine, et nous pensons que ce sel fébrifuge mérite d'être expérimenté de nouveau. (*Il Filiatre medico* et *Gaz. méd.*, mai.)

SUTURE DES TENDONS *pratiquée avec succès trois mois après la cicatrisation de la plaie.* M. Chassaignac a présenté, à la Société de chirurgie, un nouveau fait de suture de tendons, qui nous paraît digne d'être mis sous les yeux des praticiens. Au mois de novembre dernier, une jeune fille de seize ans, étant tombée avec une carafe qu'elle tenait à

la main, un fragment de verre fit à la partie antérieure et inférieure de l'avant-bras, une plaie transversale qui se cicatrisa après avoir suppuré pendant quelque temps. La perte de la flexion du pouce s'en étant suivie, la malade vint à l'hôpital Saint-Antoine; l'examen fit reconnaître aussitôt cette paralysie partielle. On constata, de plus, que le bout inférieur du tendon divisé adhérait solidement à la cicatrice; en effet, toutes les fois que, saisissant le bord inférieur de la cicatrice à l'aide de l'ongle, on cherchait à la remonter de bas en haut, on déterminait aussitôt la flexion du doigt indicateur. Pour rétablir les mouvements perdus, il s'agissait donc de ramener le bout supérieur au contact de la cicatrice. Ce fut le but de l'opération pratiquée par M. Chassaignac, le 4 février 1854. Il mit à découvert les tendons fléchisseurs, dans une étendue de trois travers de doigt, au moyen d'un lambeau rectangulaire, représentant un couvercle de tabatière, et disposé de telle sorte que l'un des côtés marchait parallèlement à l'artère radiale. La partie supérieure du tendon divisée, mise à nu et isolée des parties environnantes, on traverse son extrémité au moyen d'un fil à ligature conduit par une aiguille. Le tendon, saisi avec des pinces, est attiré vers la cicatrice et mis en contact avec son tissu par un point de suture, dont on laisse pendre les deux chefs en dehors; on ne fit aucun *ravivement préalable du tendon*. Le lambeau tégumentaire est ensuite réappliqué aussi exactement que possible, et maintenu en place par de nombreux points de suture entrecoupée. Le tout est pansé d'après la méthode de pansement par occlusion; puis la main fortement fléchie est maintenue par un bandage, et l'avant-bras placé sur un coussin élevé. Aucun accident n'a suivi cette opération; le sixième jour, la réunion était presque complète, et la jeune fille commençait à fléchir l'index. En moins de quinze jours, le travail de cicatrisation était entièrement achevé, et la malade quittait l'hôpital, ayant recouvré les mouvements perdus. (*Compte rendu de la Société de chirurgie*, avril.)

TRACHÉOTOMIE *pratiquée avec succès dans un cas d'ulcération syphilitique de la gorge et du larynx; canule portée par la malade depuis six ans.* Le fait suivant est très-intéressant, parce qu'il montre qu'après l'opération de la trachéotomie les malades peuvent porter sans inconvénient une canule pendant un grand nombre d'années. La malade qui en est l'objet avait été opérée dans le courant de juin 1847. Cette femme, âgée alors de vingt-huit ans et menant une existence très-irrégulière, était affectée d'une ulcération syphilitique secondaire de la gorge et du voile du palais, qui donnait lieu à une gêne extrême de la respiration. Ce qui restait du voile du palais était gonflé et ulcéré, ainsi que l'amygdale gauche; la gorge était généralement enflammée et l'épiglotte très-irrégulière dans son contour. Les accidents devinrent si alarmants, qu'il fallut bien en venir à la trachéotomie. Cette opération fut pratiquée par la méthode du trocart, c'est-à-dire qu'après avoir fait sur la ligne médiane une incision d'un pouce, M. Hilton plongea dans la trachée un trocart courbe, portant une canule, laquelle fut laissée à demeure. Immédiatement après l'opération, la dypsnée fut extrême; mais, une heure après, la malade était plus tranquille, et elle dormit assez bien la nuit suivante. Pendant cinq jours, elle éprouva des douleurs vives dans la tête et dans la plaie; plusieurs fois elle fut sur le point de suffoquer par la toux et par l'accumulation de mucus dans la canule; mais, le cinquième jour, la douleur tomba considérablement et la respiration devint plus facile. Peu à peu son état s'améliora, au point que, dans les premiers jours du mois d'août, elle put quitter l'hôpital, conservant sa canule; néanmoins, sans aucune application topique, les ulcérations de la gorge et du voile du palais avaient pris peu à peu un meilleur aspect, et avaient fini par se cicatriser.

Depuis cette époque, cette malade n'a pas été perdue de vue; elle a eu trois enfants, a continué de se livrer à de rudes travaux, manquant souvent des choses les plus nécessaires à la vie, et s'exposant, sans aucune précaution, à toutes les vicissitudes atmosphériques. De là des attaques répétées et assez intenses de bronchite. La canule a été, en général, retirée quatre ou cinq fois par an, plus souvent cependant lorsqu'il y a eu des maladies des bronches; car les mucosités ont toujours passé li-

brement et facilement à travers la canule, jamais par la bouche. On a essayé, à diverses reprises, de restituer aux voies aériennes supérieures leurs dimensions normales, sans pouvoir réussir même à reconnaître le passage de l'air ; cependant, quatre mois avant son entrée à l'hôpital, elle commençait à pouvoir, en soufflant, faire incliner légèrement la flamme d'une bougie. Il va sans dire que la voix était complètement éteinte, et que c'était seulement aux mouvements des lèvres que l'on pouvait comprendre ce que voulait dire la malade. La suffocation devenait imminente dès qu'on mettait le doigt sur la canule. Le placement et le déplacement de la canule ne présentaient pas, en général, de difficulté; néanmoins le 29 février 1853, sa réintroduction présenta d'assez grandes difficultés par suite de l'état de relâchement de la muqueuse trachéale, et il fallut même employer une certaine force pour vaincre la résistance de cette espèce de sphincter. La malade est rentrée, au mois de mai dernier, dans le service de M. Hilton, à l'hôpital de Guy, pour s'y faire traiter d'une bronchite légère; elle y est restée pendant un certain temps pour refaire sa constitution détériorée et réparer ses forces. (*The Lancet.*)

URÉE. *Son emploi dans l'hydropisie scarlatineuse des enfants.* Lorsque l'hydropisie consécutive à la scarlatine ne cède pas promptement aux moyens ordinaires de traitement, M. Mauthner dit qu'il emploie avec succès l'urée ou le nitrate d'urée, comme un puissant diurétique. Le médicament est donné à la dose de 10 centigrammes, mêlé à du sucre en poudre et séparé en six doses, que l'on administre à deux heures d'intervalle. Le professeur de Vienne annonce lui-même que ses expériences thérapeutiques, relativement aux effets de l'urée, ne sont pas assez nombreuses pour lui permettre de formuler une opinion précise ; cependant les faits cliniques recueillis l'engagent à conseiller l'essai de cet agent médicamenteux, dans cette sorte d'hydropisie. M. Mauthner publie en même temps l'histoire de deux enfants chez lesquels l'administration de l'urée fit rapidement disparaître l'anasarque survenue à la suite de la scarlatine. (*Journ. für Kinderk* et *Gaz. hebdom.*, avril.)

VARIÉTÉS.

SUR L'INOCULATION LACTO-VARIOLIQUE.

Quoi de plus difficile que d'avoir à traiter chaque année un même sujet, et cela depuis plus de dix ans? Cependant, comme il n'est pas de question, quelque ingrate qu'elle paraisse, qui ne puisse fournir à un médecin de talent le sujet de judicieuses réflexions, il est rare que nous n'ayons pas l'occasion de citer quelque partie des rapports annuels sur la vaccine, lus par M. Bousquet à l'Académie. L'an dernier, c'était la bizarre question de la substitution de la fièvre typhoïde à la variole, que le savant académicien avait à apprécier; aujourd'hui c'est l'*inoculation lacto-variolique*.

Après quelques généralités intéressantes sur la découverte de la vaccine, sur les progrès de la vaccination et sur sa comparaison avec l'inoculation ; après avoir rappelé le texte d'un remarquable édit du Parlement, de 1763, où l'on peut aujourd'hui encore aller puiser d'utiles enseignements pratiques, M. Bousquet aborde la question de l'affaiblissement du *cow-pox*, et, grâce aux heureuses et laborieuses recherches de la Société médicale d'Eure-et-Loir, il prouve, comme il l'avait déjà fait, en 1836, que le *cow-pox* récent a des propriétés plus actives, sinon plus efficaces, que celui qui s'est transmis de l'homme à l'homme par un grand nombre de générations. Puis, le savant académicien ajoute :

Malheureusement les rencontres de *cow-pox* sont rares; elles font événement dans la science. Dans l'impossibilité de trouver le *cow-pox* à propos, on a imaginé de le faire de toutes pièces et de le créer à volonté. Le procédé est des plus simples : il suffirait de mêler une goutte de lait avec une goutte de virus varioleux. L'idée de ce mélange ne peut être que

le fruit de l'hypothèse. En effet, le premier qui s'est ouvert cette voie M. Robert (de Marseille), s'était persuadé que le vaccin vient directement de la variole. C'est l'homme, dit-il, qui aura donné la variole à la vache, et la vache lui a rendu la vaccine. M. Machet ne vient que le second dans l'ordre chronologique; mais, puisqu'il n'y a pas eu communication, il y a de fait deux inventeurs. Nous avons dit ailleurs les motifs de leurs espérances et les causes de leur illusion. Il y faut revenir.

Un médecin de Rouen, non moins distingué par ses lumières que par sa haute raison, M. des Alleurs (1), s'est emparé de la même idée et la poursuit en ce moment, dans des expériences dont il a donné les prémices au Comité de vaccine de son département. A l'exemple de ses devanciers, il a donc mêlé, par parties égales, le virus varioleux avec du lait, et il a inoculé ou fait inoculer ce mélange. Et lui aussi affirme que cette inoculation n'a donné que des pustules d'insertion en nombre égal à celui des piqûres et de tout point semblables à la vaccine. La ressemblance des deux éruptions n'a rien de nouveau, elle avait frappé l'esprit attentif de Jenner et de bien d'autres après lui, ce qui ne l'empêcha pas de maintenir la différence des origines.

Mais comment n'est-il venu qu'une éruption ? Comment le virus varioleux s'est-il dépouillé du principal de ses attributs en se réduisant aux seuls boutons d'insertion? Ce n'est pas son habitude : ce n'est pas ainsi du moins qu'en parlent les premiers inoculateurs. Tous racontent qu'après les boutons locaux, il en venait d'autres, dont le nombre était évalué en moyenne à 30 ou 40. C'est ce qui constituait l'éruption secondaire ou générale. Qu'est-ce qui a prévenu, qu'est-ce qui a supprimé cette éruption entre les mains de M. des Alleurs? Là est tout l'intérêt de l'expérience; là est tout l'intérêt de la question. On connaît la réponse de M. Robert. Dominé par cette idée, que la vaccine n'était au fond que la variole elle-même adoucie par la vache, il accorde au lait qu'elle distille la même propriété qu'à l'animal tout entier. Et pour bien faire comprendre toute sa pensée, il dit que le lait agit sur le virus varioleux, à la manière de la greffe végétale sur la qualité du fruit. Nous nous plaisons à reconnaître tout ce que cette comparaison a d'ingénieux; mais à ce compte, il n'y aurait donc que le lait, et le lait de la vache seulement, qui contiendrait le secret et le pouvoir de cette merveilleuse transformation! Nous ne sommes pas si faciles à nous rendre. Plus le miracle est grand, plus il y a besoin de preuves pour le faire admettre. Il faut donc varier, multiplier les expériences; il le faut d'autant plus, qu'il n'était pas rare, aux beaux jours de l'inoculation, qu'elle ne donnât qu'une éruption locale, et alors on employait le virus varioleux sans mélange; mais enfin ce n'était pas la règle. On s'étonne que ces faits n'aient pas ouvert les yeux à M. Robert: il les connaissait, car il s'en prévaut pour faire passer les siens et diminuer l'étonnement qu'ils pourront causer. « Les anciens, dit-il, s'étaient déjà aperçus qu'ils n'avaient *très-souvent* qu'une éruption locale. »

Mais M. Robert s'abuse un peu sur le succès de ses expériences : il ne fut pas aussi heureux qu'il le croit et qu'il le dit. Il inocula en tout 14 enfants : 9 n'eurent, à la visite, qu'une éruption locale; mais les autres eurent, de plus, une succession de boutons répandus sur tout le corps. On dit qu'ils étaient petits, pointus, et si prompts à se sécher, qu'il n'y avait pas moyen d'y reconnaître de petite vérole. Nous croyons tout ce qu'on raconte de ces boutons, mais on dit aussi que, dans quelques cas, ils furent précédés de fièvre, comme dans la variole inoculée. Et on dit encore qu'ils faisaient explosion, juste au moment où l'éruption générale avait continué à se montrer. Enfin, s'ils n'étaient pas de nature varioleuse, ces boutons, qu'étaient-ils donc? S'ils n'étaient pas suscités par l'inoculation de la variole, comment donc les suivaient-ils de si près?

Il paraît que les expérimentateurs de Lyon n'ont pas été moins heureux que ceux de Marseille. Cependant, M. le docteur Diday, si bien placé pour

(1) Nous avons le regret d'annoncer que la ville de Rouen vient de perdre ce médecin distingué. La mort de M. des Alleurs laisse vacante la place de professeur de clinique médicale et celle de médecin en chef de l'Hôtel-Dieu de cette ville importante.

connaître toute la vérité, conserve des doutes sur la valeur de la méthode et sur ses suites. Nous n'avons pas lu ce qu'il en a écrit, mais nous voyons, par une analyse, qu'il parle de trois cas *malheureux*. Veut-on dire trois cas de mort? C'est impossible. L'inoculation ne tuait personne, ou, du moins, la chose était autrefois si rare, que les inoculateurs les plus fameux ont déclaré, à la fin de leur carrière, qu'ils n'avaient jamais vu périr un seul inoculé par le fait de l'inoculation. Pour nous, le procédé de MM. Robert et Brachet n'est autre que l'inoculation elle-même, avec tous ses avantages, avec tous ses inconvénients. Ce n'est pas le lait qui ôte à la variole sa malignité, et qui l'a réduite à l'impuissance de s'étendre et de se répandre à la surface de l'économie, c'est la voie qu'elle prend, c'est la manière dont elle y pénètre.

Nous allions demander à ces confrères novateurs si la modification que reçoit le virus varioleux se perpétue, ou s'il faut revenir au même mélange, à chaque nouvelle inoculation; mais nous trouvons la réponse à la question dans une thèse que le hasard vient de faire passer sous nos yeux : on y dit que la variole s'est transmise, sans éruption générale, par cinq ou six générations, ce qui semble faire entendre que l'impression du lait ne s'efface plus et se perpétue à l'infini.

Enfin, nous voudrions savoir si, en enlevant à la variole sa force expansive, le lait lui ôte aussi la faculté de se communiquer par contagion miasmatique.

Toutes ces expériences laissent donc à désirer et en appellent d'autres. Pour savoir ce que fait le lait au virus varioleux, il faut d'abord inoculer ce virus dans toute sa pureté; l'expérience a été faite par les premiers inoculateurs ; nous le savons, il faut la refaire; il faut l'inoculer mêlé avec le lait, avec de l'eau, comme nous faisons du vaccin, avec l'eau de gomme, un sirop doux, etc.; il faut enfin varier et multiplier sans fin les expériences.

Encore sera-t-il peut-être toujours douteux en principe si le lait possède la propriété de transformer la variole; mais qu'importe, après tout, la théorie? S'il était bien avéré que l'inoculation du virus varioleux, mêlé ou non avec le lait, équivaut désormais à celle du vaccin, on comprend toute l'importance de la découverte. Il n'arrive que trop souvent que la variole éclate à l'improviste : le médecin, surpris et dépourvu de vaccin pour conjurer le danger, prendrait le virus de la variole sur le premier malade qui lui tomberait sous la main, et celui-là fournirait le préservatif à tous les autres. Tel était l'espoir de M. Robert; ce n'est pas le nôtre. Mais aussi nous n'admettons pas que les deux virus soient identiques, nous disons seulement qu'ils sont analogues, ce qui n'est pas la même chose. Les preuves de cette analogie abondent. Ecartez l'irruption générale, qui n'est pas nécessaire à la variole, puisqu'elle manque souvent, et comparez les pustules d'insertion, il n'y a pas de différence. Non, nul médecin, quelque exercé qu'on le suppose, ne pourrait dire avec certitude : Ceci est la variole, ceci est la vaccine. Et l'épreuve en a été faite bien des fois, d'abord par Jenner, ensuite par MM. Robert et Honorat, dans la fameuse épidémie qui ravagea la Provence en 1828; par M. Guillon (de Saint-Pol-de-Léon), par M. Boucher (de Versailles), et par bien d'autres encore. Mais le plus essentiel de cette ressemblance n'est pas dans les caractères extérieurs, il est dans les attributs des deux éruptions, c'est-à-dire dans le pouvoir de se suppléer et de libérer l'économie du tribut qui pèse sur elle, de sorte qu'en un sens, il est presque indifférent d'avoir la variole ou de se faire vacciner. Considérez maintenant la nature de ces rapports ; la variole et la vaccine ne s'excluent pas en se neutralisant à la manière des acides et des alcalis, par exemple, dans un creusot, ou par antipathie d'humeurs, comme deux maladies qui ne pourraient se supporter. Au contraire, si elles naissent ensemble, elles marchent ensemble aussi librement que si elles étaient séparées. C'est entre elles une affaire de naissance : la première prend possession de la place, et pourvu qu'elle ait cinq ou six jours d'avance sur sa rivale, elle règne en souveraine et sans contestation.

Pour compléter l'élucidation du sujet abordé par M. Bousquet, nous devons dire que M. Bouchacourt a repris, pendant le mois de mars dernier, ses

inoculations lacto-varioliques. Les expériences tentées avec les mêmes précautions, les mêmes soins et peut-être plus de confiance que la première fois, ont fourni des revers que M. Bouchacourt a communiqués à la Société de médecine de Lyon ; aussi, en face de ces dangers, l'honorable chirurgien en chef de la Charité s'est arrêté et a ajourné son expérimentation à une époque où, a-t-il dit, la privation, l'altération du virus vaccin, l'imminence d'une épidémie variolique reporteront tout naturellement la pensée à la courageuse conduite de Jenner, qui, en pareille occurrence, lui, le promoteur de la vaccine, ne craignit pas d'inoculer son propre enfant. Ce serait, en effet, le cas de mettre à profit l'idée de MM. Robert et Brachet, de mêler le lait au virus variolique, avec la certitude que s'il est atténué par son action préservatrice, il n'augmente pas son influence morbifique. Telle est la seule conclusion qui a été formulée par M. Bouchacourt et que la Commission de vaccine de Lyon a cru devoir adopter après le récit des nouvelles expériences tentées à l'hôpital de la Charité.

Un nouveau concours pour l'admission à 50 emplois de médecin aide-major, et 15 emplois de pharmacien aide-major à l'Ecole Impériale et spéciale de médecine et de pharmacie militaires à Paris, vient d'être ouvert par M. le ministre de la guerre. L'ouverture des épreuves est fixée comme il suit : à Strasbourg, le 3 juillet prochain ; à Montpellier, le 17 *idem*; à Paris, le 31 *idem*.

Les conditions d'admission aux emplois d'aide-major à l'école impériale du Val-de-Grâce ont été ainsi déterminées par l'article 2 du décret du 13 novembre 1852 : 1° être né Français; 2° être docteur en médecine de l'une des trois Facultés, ou pharmacien reçu dans l'une des trois Ecoles supérieures de pharmacie de l'Empire (toutefois, les candidats qui ne seraient pas encore docteurs ou pharmaciens pourront prendre part aux épreuves, à la charge par eux, en cas d'admission, d'avoir acquis l'un de ces titres avant l'époque de leur entrée à l'Ecole, fixée par approximation au 1er septembre prochain) ; 3° être exempt de toute infirmité qui rende impropre au service militaire; 4° n'avoir pas dépassé l'âge de vingt-huit ans au 1er septembre de l'année courante; 5° avoir satisfait à des épreuves déterminées par le ministre de la guerre.

Formalités préliminaires. — En exécution des dispositions qui précèdent, chaque candidat doit déposer, dans les bureaux de l'intendance militaire du lieu où il désire concourir : 1° son acte de naissance dûment légalisé ; 2° le diplôme de docteur en médecine ou de pharmacien, ou, dans le cas prévu par le paragraphe 2 ci-dessus, un certificat constatant le nombre d'examens passés; 3° un certificat délivré par un médecin militaire ayant au moins le grade de major, et constatant qu'il est apte au service militaire; cette aptitude pourra d'ailleurs être vérifiée par le jury de chaque localité; 4° l'indication exacte de sa demeure, pour qu'il puisse être convoqué en temps utile aux épreuves du concours.

Nature des épreuves des candidats médecins. — 1° Une composition sur une question de clinique et de thérapeutique médicales; 2° une épreuve orale d'anatomie des régions, avec application à la médecine et à la chirurgie pratiques; 3° une épreuve orale de chirurgie, suivie de l'application de deux appareils ou bandages.

Mode d'exécution des épreuves. — Il est accordé quatre heures pour rédiger la composition écrite, sans livres ni notes, sous la surveillance d'un membre du jury; la question est la même pour tous les candidats de chaque localité; elle est arrêtée à huis clos, par le jury, avant l'entrée des candidats en séance de rédaction. Pour traiter la question orale d'anatomie des régions, il est accordé quinze minutes de réflexion. Les questions arrêtées par le jury sont en nombre double de celui des candidats, et mises, sous enveloppe, dans une urne. Chaque candidat tire, au commencement de la séance, sa question, qui est numérotée par le président dans l'ordre que le sort a fixé pour son audition : elle lui est remise dans le cabinet de réflexion, quinze minutes avant l'épreuve. La durée de l'épreuve orale de chirurgie, suivie de l'application de deux appareils de bandages, est fixée à vingt minutes, dont cinq à huit, au gré du candidat, pour l'épreuve.

Les jurys d'examen sont composés : 1° d'un inspecteur, qui présidera les trois jurys; 2° d'un médecin principal, qui, choisi dans une autre spécialité que l'inspecteur, l'accompagnera dans sa tournée; 3° d'un médecin principal et d'un pharmacien principal désignés par le ministre pour chaque localité.

Après la dernière épreuve, le jury local procède, en séance particulière, au classement des candidats par ordre de mérite.

Le classement définitif des candidats des trois Facultés a lieu à Paris. A cet effet, le jury formé à Paris pour l'admission des candidats de cette circonscription se constituera, au terme de cette opération, en jury central, chargé d'établir la liste définitive du classement des candidats des trois concours, d'après les chiffres d'appréciation qu'ils ont obtenus; en cas d'égalité de deux candidats, il est fait une nouvelle lecture de leurs compositions en séance du jury central, qui prononce sur le rang définitif de chacun d'eux.

La durée du stage, à l'Ecole impériale du Val-de-Grâce, ne peut dépasser une année, et peut être abrégée si les besoins du service l'exigent. Pendant leur séjour à l'Ecole, les docteurs admis sont exercés à l'examen des malades, aux prescriptions d'après le régime et le formulaire des hôpitaux militaires, aux opérations, aux pansements, aux analyses de chimie usuelle dans l'armée, aux expertises d'hygiène et de médecine légale militaire, à la connaissance et à l'application des lois et règlements qui concernent le service de santé militaire. Les pharmaciens sont astreints à des travaux analogues, qui ont pour but de les familiariser avec la gestion des officines des hôpitaux militaires, avec les règles d'une comptabilité spéciale, avec le service pharmaceutique des ambulances.

Les uns et les autres sont soumis aux obligations de la discipline militaire, et reçoivent, pendant leur séjour à Paris, des appointements de 2,800 francs. Au terme de leur année de stage, ils obtiennent, sous la réserve d'examens de sortie, le brevet du grade dont ils sont investis par commission ministérielle, et jouissent, à partir de ce moment, des priviléges inhérents à la position d'officier.

P.-S. Indépendamment de ce concours, il en sera très probablement ouvert un autre, dans les premiers jours de l'année 1855, pour cinquante nouveaux emplois de médecin aide-major stagiaire.

Notre dernier bulletin du choléra signalait un développement marqué dans l'épidémie ; par les chiffres que nous allons donner, elle semble vouloir, de nouveau, suivre une marche contraire. Pendant la dernière semaine, du 4 au 10 mars, le nombre des cholériques dans les hôpitaux a été seulement de 138 , se décomposant ainsi : reçus du dehors, 92; déclarés à l'Intérieur, 46. 82 malades sont sortis guéris, et 81 décès ont été enregistrés; 199 cas restent en traitement.

Le concours pour trois places vacantes au bureau central d'admission des hôpitaux de Paris vient de se terminer par la nomination de MM. Lallier, Ch. Bernard et Guibout.

Il y a quelques années que l'honorable trésorier de l'Association des médecins de la Seine signalait aux auteurs un moyen peu dispendieux de venir en aide à leurs confrères malheureux : c'était de faire cadeau à l'Association du prix des dix premiers exemplaires de leurs ouvrages. Le célèbre professeur Skoda vient de mieux faire; il donne à l'Association de secours pour les étudiants malades, le prix entier de la cinquième édition de son *Traité d'auscultation et de percussion*, qui doit paraître sous peu (3,000 florins). C'est là une noble action, et nous nous associons aux paroles du *Viener Wochenschrift* à cet égard : « Honneur à l'homme qui sait rendre son talent utile à ses élèves d'une double manière, en faisant servir son ouvrage à leur instruction et à leur soutien! »

Pour les articles non signés, **E. DEBOUT.**

THÉRAPEUTIQUE MÉDICALE.

DE L'EMPLOI DES VÉSICATOIRES CHEZ LES ENFANTS.

(Suite) (1).

Les accidents que provoquent les vésicatoires, tour à tour exagérés, ou méconnus suivant que la théorie des auteurs y trouvait son compte, doivent être appréciés à leur juste valeur, et je vais m'efforcer, en les passant en revue, de les soumettre à une critique impartiale.

On peut diviser en locaux et généraux les accidents qui naissent de l'application des vésicatoires. Parmi les premiers, il faut signaler la formation de pseudo-membranes à la surface de la plaie artificielle qu'on entretient. Il faut attribuer ces productions diphthéritiques à l'action toute spéciale des cantharides. MM. Trousseau et Pidoux rappellent, dans leur ouvrage, que M. Bretonneau, en injectant de l'éther cantharidé dans le larynx de plusieurs chiens, a déterminé la formation de membranes épithéliales qui, pendant deux ou trois jours, se reproduisaient au fur et à mesure qu'on les enlevait. Il y a plusieurs moyens de faire disparaître ces fausses membranes : s'est d'abord de diminuer l'activité des pommades épispastiques qui servent à l'entretien du vésicatoire; c'est aussi de ramollir, à l'aide de cataplasmes, les productions diphthéritiques, pour en favoriser l'ablation; c'est enfin, d'après les auteurs que je viens de citer, d'appliquer sur la plaie un nouveau vésicatoire. Mais on devra être très-réservé, chez les enfants, dans l'emploi de ce dernier moyen, qui a le double inconvénient d'être très-douloureux et d'exposer aux dangers d'une intoxication cantharidienne.

Si les fausses membranes sont de plus en plus adhérentes et résistent à l'emploi des cataplasmes, je préfère recourir aux cautérisations avec le nitrate d'argent solide, ou à l'usage de la pommade au calomel.

Lorsque le vésicatoire se recouvre de végétations, la cautérisation avec le nitrate d'argent, l'acide chlorhydrique, le nitrate de mercure, l'application de la poudre d'alun, du sulfate de cuivre, etc., sont presque toujours des remèdes insuffisants. L'excision, suivie de cautérisations avec l'une de ces substances, est de beaucoup préférable. Encore ai-je vu souvent les végétations récidiver après l'emploi de ce moyen. Dans ce cas, il vaut mieux supprimer le vésicatoire et le transporter sur une autre partie du corps.

Des éruptions de diverses natures peuvent se produire au voisinage

(1) Voir la livraison du 15 mai, pag. 385.

du vésicatoire, de l'érythème, des vésicules d'eczéma, des croûtes d'impetigo. L'omission des soins de propreté, le suintement impossible à éviter du pus au-dessous des pièces d'appareil, les démangeaisons qui en résultent et qui excitent les petits malades à se gratter avec plus ou moins de force, sont en grande partie la cause de ces accidents. La pommade au calomel est un des remèdes les plus efficaces qu'on puisse diriger contre ces diverses éruptions, en supposant que les pansements soient devenus l'objet d'un soin et d'une propreté extrêmes. On a recommandé aussi, en pareil cas, le liniment oléo-calcaire, l'eau blanche, les pommades au précipité rouge, à l'acétate de plomb, etc.

Au lieu de se limiter au voisinage de la plaie, l'éruption peut devenir générale. On a vu, en pareil cas, un eczéma se produire sur toutes les parties du corps et s'accompagner de symptômes de réaction. D'autres fois l'application d'un ou de plusieurs vésicatoires a été la cause occasionnelle de l'apparition d'un psoriasis diffusa.

Le docteur Coudret rapporte qu'un enfant de huit ans, convalescent d'une fièvre grave due à la rétrocession d'une varioloïde, tenta de provoquer la réapparition de l'exanthème, au moyen de deux vésicatoires appliqués sur les parties latérales du thorax. Deux jours après cette application, il se manifesta sur la poitrine, et sur les cuisses surtout, une éruption de taches rouges, saillantes, rugueuses et irrégulières, qui bientôt furent accompagnées d'une vive démangeaison et présentèrent tous les caractères du psoriasis.

On excita d'abord par des bains de vapeur le développement de cette éruption, considérée comme critique, pour la combattre ensuite, après la disparition de tous les symptômes généraux, par des boissons adoucissantes et des bains mucilagineux et gélatineux, à la température de 28 degrés. (Journ. compl. des sc. méd., 1830, t. XXXVIII, p. 140.)

Je ne connais pas d'exemple, chez les enfants, de ces anthrax qui, à l'autre extrémité de la vie, se produisent sous l'influence locale des vésicatoires, et dont plusieurs cas sont rapportés par les auteurs, M. Coudret (*loco cit.*) et M. Beck (New-York Journal; in Revue med. chir. de Paris, mars 1848).

Si les accidents que je viens de signaler sont les plus fréquents, ils ne sont pas fort heureusement les plus graves. Il en est d'autres beaucoup plus rares, à la vérité, mais souvent suivis d'une terminaison funeste et qui, par cela même, ont servi de prétexte à la réprobation dont quelques auteurs ont prétendu frapper l'emploi des vésicatoires chez les enfants. Je veux parler de l'inflammation ulcéreuse de la plaie, et de la gangrène.

Il arrive souvent, en effet, et j'en ai rencontré un certain nombre d'exemples aux Enfants-Trouvés, que la plaie qui succède à l'application d'un vésicatoire, même volant, au lieu de sécher et de se cicatriser, s'élargit, se creuse, revêt une forme plus ou moins irrégulière, prend une teinte grisâtre, blafarde, sécrète une sanie ichoreuse, fétide, et plonge le petit malade dans un état de prostration, dont la mort peut être la conséquence. Plusieurs causes peuvent déterminer l'exulcération des vésicatoires : telles sont les maladies chroniques, qui entraînent une débilitation notable, un amaigrissement profond, certaines constitutions épidémiques qui prédisposent à la pourriture d'hôpital, le décubitus sur le côté où a été apposé le vésicatoire, les frottements auxquels celui-ci est exposé, etc. Lorsque le médecin peut prévoir l'action d'une de ces causes, il doit s'abstenir de l'emploi des vésicatoires, ou au moins se placer dans les conditions les plus favorables possibles. Si, malgré toutes ces précautions, la plaie s'ulcère, les cautérisations avec le nitrate d'argent, l'application des bandelettes agglutinatives, disposées de manière à préserver l'ulcère de tout frottement extérieur, une position plus convenable de la partie, suffiront généralement pour arrêter les progrès du mal.

La gangrène est un accident encore plus redoutable, et contre lequel tous les efforts de l'art restent le plus souvent impuissants. Elle peut reconnaître pour cause une disposition générale de l'organisme, un état diathésique en vertu duquel certaines parties de l'économie, telles que l'intérieur de la bouche, l'anus, les parties génitales externes, la peau, et particulièrement les solutions de continuité que peut offrir sa surface, sont, successivement ou à la fois, frappées de gangrène. C'est dans les hôpitaux surtout qu'on a pu rencontrer des cas de ce genre. Parmi un grand nombre d'exemples que je pourrais citer, je rappellerai celui d'un enfant de neuf mois qui, affecté d'une gastro-entérite, fut soumis d'abord à une médication consistant en boissons adoucissantes, cataplasmes émollients sur le ventre, lavements amidonnés et laudanisés ; puis, comme les accidents persistaient, après avoir administré à l'intérieur la magnésie, la glace, on eut recours à l'application d'un vésicatoire sur la région épigastrique. Au bout de quelques jours, la plaie artificielle était le siége d'une gangrène sèche ; un cercle d'un rouge intense marquait les limites de la vie et de la mort. En même temps, trois ou quatre petites plaies que présentaient les doigts de la main gauche étaient également sphacélées. Enfin la verge offrait, au pourtour du méat urinaire, une petite tache de même nature. On combattit ces accidents formidables par des embrocations camphrées sur les parties sphacélées; à l'intérieur, on prescrivit le lait de la mère,

de l'eau panée, aiguisée avec du vin, une infusion de camomille édulcorée avec les sirops de quinquina et d'écorce d'orange. Mais, malgré ces moyens, l'enfant dépérit rapidement, et succomba avant la chute des parties mortifiées (*Bulletin de thérapeutique*, 1848, t. XXXV, p. 397).

Un excès d'inflammation, déterminée soit par le séjour trop prolongé du vésicatoire, soit par une dose trop élevée de poudre de cantharides, a pu, chez quelques enfants, amener la production de la gangrène. L'incurie des parents à l'endroit du pansement n'a pas été moins fatale en certains cas. En voici un exemple:

Au mois de mai 1822, une petite fille de dix ans, d'une constitution sèche et irritable, avait été traitée avec succès par le docteur Méplain, d'une légère surdité, au moyen d'un vésicatoire volant à la nuque.

L'année suivante, 4 août 1823, récidive de l'affection première ; même traitement. Seulement le vésicatoire, dans une intention de coquetterie, fut placé, non plus à la nuque, mais entre les deux épaules. La mère, femme ignorante et grossière, n'ayant pas trouvé de feuilles de bette dans son jardin, pour le pansement, imagina de les remplacer par des feuilles de choux cabus, dont la grande abondance lui promettait une ressource inépuisable. Ce pansement fut à peine terminé, qu'une douleur cuisante se manifesta sur toutes les parties en contact avec ce nouveau topique. Cette douleur, grandissant à chaque instant, devint tellement intolérable, que l'enfant demanda à être débarrassée des pièces de pansement, et fit bientôt tous ses efforts pour les arracher.

La mère resta sourde à ses plaintes, contint ses mains, et réussit ainsi à empêcher que l'appareil subît aucun dérangement. Au bout de quelques heures de souffrance et de cris lamentables, la petite malade parut tout à coup se calmer et cessa de se plaindre. La mère, pleine de foi dans les paroles d'une espèce de sorcier qu'elle avait fait venir, se retira rassurée sur l'état de sa fille (il était dix heures du soir). Mais, le lendemain matin, elle la trouva pâle, inanimée, respirant à peine. Le docteur Méplain fut appelé, et constata dans la région dorsale l'existence d'une vaste escarre. La face était grippée, les traits livides, le nez effilé, le pouls fibrillaire, la respiration presque nulle, le corps couvert d'une sueur froide et visqueuse. La jeune malade expira quelques minutes après l'arrivée du médecin.

Ayant examiné les feuilles de choux qui avaient servi au pansement, le docteur Méplain les trouva couvertes d'une grande quantité de petites chenilles velues, semblables à celles qu'on trouve dans les forêts

du pays (Allier), et qui ne sont probablement autre chose que la processionnaire (*bombyx processionnea*), ou la bombice du pin (*bombyx pityo campa*). On sait que la processionnaire, qui est velue et dont les poils se cassent facilement, vit en société sur les chênes. Lorsque ces poils sont en contact avec la peau, ils y produisent des ampoules ou des érésipèles plus ou moins intenses (Journal compl. des sc. médic., 1824, t. XVIII, p. 184).

La substitution définitive du papier brouillard ou d'un petit linge fin, enduits de cérat, mettra toujours les malades à l'abri des accidents de ce genre. Cependant, on conçoit sans peine qu'une dose exagérée d'onguent cantharidé pourrait, chez les enfants, amener une inflammation de la peau, susceptible de dégénérer en gangrène.

Les accidents généraux que peut déterminer l'absorption du principe irritant des cantharides ont été étudiés jusqu'à ce jour d'une manière fort incomplète chez les enfants, et cependant c'est peut-être à cet âge de la vie qu'ils se manifestent avec la plus grande énergie et qu'on pourrait conséquemment les étudier avec la plus grande facilité.

Que le principe toxique des cantharides, introduit dans l'économie par la voie des vésicatoires, agisse sur les organes urinaires, dans l'enfance comme dans l'âge adulte, rien n'est plus manifeste. Il n'est pas de praticien qui n'ait eu occasion d'observer, sous l'influence des vésicatoires appliqués soit aux cuisses, soit sur le ventre, et surtout sur l'hypogastre, de la dysurie, des douleurs dans le bas-ventre, comme le prouve la ténacité avec laquelle les petits malades portent la main vers cette région, et même l'évacuation de fausses membranes qui, plus d'une fois, ont été prises pour des botriocéphales ou des ténias. Je ne citerai qu'un exemple à l'appui de cette dernière assertion.

« M. Boisseuil a mis sous les yeux de la médecine de Bordeaux un petit corps d'un blanc nacré, aplati, de la forme et du volume d'une portion de ténia, ayant 3 centimètres de longueur sur 1 centimètre de largeur et 5 millimètres d'épaisseur. Ce petit corps a été rendu par un enfant qui avait eu d'abord une fièvre intense avec délire, pendant une nuit. Une rougeur générale couvrit le corps et, cette rougeur ayant disparu, le petit malade accusa une douleur assez vive à l'hypocondre gauche. Des sangsues furent appliquées en ce point, et l'on mit des *vésicatoires aux cuisses*. Une amélioration assez prononcée s'ensuivit; mais de la toux étant survenue, et l'auscultation ayant annoncé du râle sibilant dans la poitrine, un *vésicatoire fut mis sur la poitrine*. Les jours suivants, il survint une anxiété très-grande, quelques accès fébriles irréguliers, de la dysurie, et de la douleur dans les lombes et à l'hypogastre, accidents contre lesquels on employa les frictions mercu-

les. Des sangsues furent mises de nouveau sur le thorax, et, pendant l'écoulement du sang, le jeune malade rendit par l'urètre le corps dont nous venons de parler. Les accidents, du reste, ne tardèrent pas à se dissiper. M. Boisseuil, ayant examiné ce petit corps, l'a considéré comme une portion de ver développé dans la vessie de son malade » (Journal de médecine et de chirurgie pratiques, 1847, tome XVIII, page 410).

N'est-il pas beaucoup plus probable que ce prétendu ver n'est autre chose qu'une fausse membrane, résultant d'une sécrétion anormale produite, à la face interne de la vessie, sous l'influence des vésicatoires appliqués aux cuisses et même sur le thorax? Les accidents qu'on a observés, la dysurie, les douleurs lombaires et hypogastrique, la réaction fébrile, ne se rapportent-ils pas au moins aussi naturellement à une cystite cantharidienne qu'à la présence du ténia dans le réservoir urinaire? etc., etc.

Je n'insisterai pas davantage sur un ordre d'accidents dont la réalité n'est méconnue par personne, désireux d'appeler l'attention sur quelques faits tendant à prouver que l'action des cantharides sur les organes génito-urinaires n'est pas le seul effet toxique qu'on puisse observer.

Le docteur A. Noale, croyant prendre de la teinture de quinquina, avala un jour un petit verre de teinture de cantharides. Entre autres accidents qu'il éprouva, il nota, vingt-quatre heures après l'ingestion du poison, l'apparition d'une salivation très-abondante; il s'aperçut en même temps que ses dents vacillaient, que la langue et les gencives étaient couvertes d'aphthes. Ces accidents durèrent pendant deux jours. Au dixième jour, il n'y en avait plus trace (Annali univ. di medic., février 1848).

Isolée, cette observation n'aurait qu'une médiocre importance; mais, rapprochée d'un fait analogue, recueilli par le docteur Leriche, elle acquiert plus de valeur. Laissons parler ce médecin :

« Le 18 juin 1850, je fus appelé pour le nommé Voiret, demeurant rue de la Reine, n. 31, âgé de six ans. Depuis huit ou dix jours, sa mère avait cru remarquer qu'il était moins bien portant que d'habitude, et, sans autre conseil, lui appliqua au bras une mouche de Milan. L'enfant, d'une constitution assez frêle, nerveuse, souffrait beaucoup; la mère plaça une autre mouche à l'autre bras, dont l'effet se fit bientôt sentir, et alluma une fièvre assez forte ; mais la mère, persuadée que ces phénomènes n'étaient que le résultat de la maladie dont elle croyait son fils menacé, appliqua une troisième mouche à la place de la première, qui était sèche. Cette fois la scène changea, et la mère, effrayée, vint me demander conseil. Voici l'état dans lequel j'ai trouvé le ma-

lade : il est couché, la tête élevée ; la respiration est difficile, la peau brûlante; le pouls n'est pas dur, il donne 90 pulsations ; l'enfant a soif. Les glandes sous-maxillaires sont excessivement tuméfiées, la bouche est entr'ouverte, et laisse couler une salive abondante ; les dents sont noircies, les gencives rouges, tuméfiées, ainsi que la langue ; on remarque des aphthes sur ces organes ; les dents vacillent ; envies fréquentes d'uriner, avec ténesme ; les urines sont rouges et rares ; les plaies produites par les cantharides très-rouges et très-douloureuses ; les glandes de l'aisselle ne m'ont pas paru tuméfiées.

« Je prescris un collutoire avec le miel rosat et le borax, une boisson légèrement acide, des cataplasmes aux pieds, au col et sur le ventre ; lavement avec un peu d'huile d'olive ; supprimer les emplâtres cantharidés, et panser les plaies ave le cérat camphré.

« Le 9, il y a de l'amélioration. On continue les mêmes moyens. Le 21, les glandes sous-maxillaires ont diminué beaucoup de volume ; la bouche s'améliore ; la salivation est encore assez abondante : il est digne de remarque que l'état de la bouche n'a pas donné lieu à la moindre odeur, comme on le remarque dans certaines stomatites ; les phénomènes que nous avons remarqués ont plutôt de la ressemblance avec ceux observés à la suite de l'usage de l'iodure de potassium, lorsqu'il agit sur la muqueuse buccale. A dater de ce moment, l'enfant a été de mieux en mieux, et, le huitième jour de sa maladie, il était revenu à l'état normal. » (Gaz. méd. de Lyon, 1850).

Si ces faits ne sont pas encore très-probants, au moins ils établissent la possibilité d'une affection inconnue jusqu'à ce jour, et que je désignerai sous le nom de *stomatite cantharidienne.*

Précédée de symptômes de réaction, cette maladie se manifesterait par l'engorgement des glandes salivaires, l'écoulement plus ou moins abondant de la salive, la tuméfaction de la muqueuse de la bouche, et en particulier de la langue et des gencives. Les dents deviendraient noires, vacillantes ; une éruption aphtheuse aurait lieu en divers points. Enfin, on distinguerait cette stomatite de toutes les autres, par l'absence de fétidité de l'haleine. Je n'insiste sur ces détails que pour éveiller l'attention des praticiens sur les faits de cette nature qu'ils pourraient rencontrer.

Les cantharides auraient-elles encore pour effet de déterminer l'anasarque chez les jeunes sujets, soit par l'irritation qu'elles communiqueraient au tissu cellulaire sous-cutané, soit en produisant une véritable néphrite albumineuse ? Je l'ignore ; cependant, je dois rappeler à mes lecteurs un fait qui serait favorable à l'une de ces hypothèses, que je ne prends, d'ailleurs, nullement sous ma responsabilité.

« Un enfant de huit mois est atteint d'accidents gastro-intestinaux. Ces accidents, mal combattus à leur origine, entraînent bientôt le dépérissement du petit malade, d'une constitution originairement très-forte. Après avoir vainement opposé au mal un ensemble de moyens dont l'action était incessamment contrariée par une diététique peu convenable, je quitte pendant quelque temps le petit malade, auprès duquel est appelé un autre médecin, qui suit, sans plus de succès, la même médication. Cédant, je crois, aux sollicitations des parents plutôt qu'à une indication rationnelle, ce médecin, de guère lasse, finit par appliquer un vésicatoire au bras de l'enfant. On suppose tout d'abord que ce moyen a fait merveille ; mais bientôt on est forcé de reconnaître que cette apparence de bien cachait un mal profond. En effet, ce que l'on avait pris pour un commencement de retour d'embonpoint, était le début d'une anasarque, qui ne tarda point à se manifester de la manière la plus évidente. La face, les avant-bras et les mains furent les premiers organes qui devinrent le siége de l'infiltration. Plus tard, les cuisses, les jambes et les pieds présentèrent la même infiltration. On essaya en vain de combattre ces accidents ; ils persistèrent jusqu'à la mort, qui eut lieu huit ou dix jours après le début de cette suffusion séreuse générale » (*Bulletin de Thérap.*, 1848, t. XXXV, p. 399).

L'auteur de cette observation, cherchant la cause de l'anasarque, croit l'avoir trouvée dans l'impressionabilité extrême de la peau à cet âge, et dans la facilité avec laquelle le tissu cellulaire sous-jacent reçoit l'impression de toute irritation développée à la surface de cette membrane. Il se fonde sur ce qu'en certains cas un irritant, comme la pommade stibiée, a développé de l'œdème dans les parties où elle avait été appliquée. Je ne contesterai pas d'une manière absolue la possibilité d'une anasarque développée sous l'influence d'une simple irritation de la peau ; mais, hypothèse pour hypothèse, j'admettrais plus volontiers celle qui serait relative à l'inflammation consécutive des reins. Il est vrai qu'on n'a pas vérifié si les urines étaient albumineuses, mais l'action habituelle des cantharides sur l'appareil urinaire rendrait plus vraisemblable cette supposition. Quoi qu'il en soit, je devais livrer le fait à la méditation des praticiens.

Il existe bien d'autres agents de vésication que ceux que j'ai déjà signalés ; mais, borné par l'espace, et pour mettre plus d'unité dans ce travail, j'ai dû écarter pour un instant ceux dans la composition desquels n'entraient pas les cantharides. Je terminerai donc par une revue rapide des autres moyens de vésication que l'art met à la disposition du médecin.

Ces moyens se font remarquer, en général, par la rapidité grande de leur action, et, à ce titre, ils méritent de trouver place dans la thérapeutique des maladies de l'enfance.

Je citerai, en premier lieu, ceux dont l'ammoniaque est la base. On a nommé la pommade de Gondret, qui, bien préparée avec de l'ammoniaque à 23 degrés, peut, en quelques minutes, cinq ou dix au plus, produire le soulèvement de l'épiderme chez les enfants.

A défaut de cette pommade, qui demande une demi-heure de préparation, et qui est d'un prix assez élevé, on peut se servir de l'ammoniaque pure en frictions. En moins de deux minutes on obtient, par ce moyen, une vésication.

Le vésicatoire *au verre de montre* s'applique de la manière suivante. Dans un verre de montre plat, versez huit ou dix gouttes d'ammoniaque très-concentrée. Recouvrez le liquide d'une pièce de linge taillée sur un diamètre un peu moindre que n'est celui du verre, et appliquez lestement ce petit appareil sur la peau, préalablement rasée. Maintenez le tout en place à l'aide d'une pression modérée faite avec les doigts.

Aussitôt qu'autour du verre on remarque une zone rosée, large d'environ 3 centimètres, on peut être certain que la vésication est achevée. Chez les enfants, trente secondes suffisent à peine pour obtenir cet résultat. Il ne reste plus alors qu'à ôter l'appareil, laver la place et arracher avec des pinces à dissection l'épiderme, qui vient aisément et tout d'un seul lambeau.

Le vésicatoire ammoniacal de M. Trousseau, qui consiste à appliquer sur la peau une compresse pliée en huit ou dix doubles et imbibée d'ammoniaque liquide à 22°; celui du docteur Boniface, qui imbibe d'alcali volatil une rondelle d'agaric officinal, ont l'inconvénient de laisser dégager en abondance les vapeurs ammoniacales, et de ne pas procurer toujours l'effet désiré.

Je leur préfère encore le moyen indiqué par le docteur Lafargue, de Saint-Emilion. Le médecin remplit de coton brute ou de vieux linge une coquille de noix, il imbibe d'ammoniaque l'un ou l'autre de ces corps, applique sur le point voulu ce simple appareil par sa surface plane, l'y tient solidement fixé avec l'extrémité de l'un de ses doigts. L'ammoniaque, emprisonnée dans cette sorte de demi-sphère, ne pouvant agir que sur le point cutané en regard, l'épiderme est soulevé en quelques minutes.

Le vésicatoire *aux pièces de monnaie*, du même auteur, repose sur le même principe.

Sur une pièce de monnaie, soit un écu de cinq francs, posez deux

rondelles de linge, qui ne dépassent pas l'aire de la pièce ; imbibez-les d'ammoniaque liquide, et appliquez sur la peau le disque ainsi disposé par sa surface linge. Maintenez le tout, en pesant avec modération sur la pièce avec la pulpe d'un ou de deux doigts. La peau rougit à la circonférence du disque, au bout de quelques minutes. C'est le moment d'enlever l'appareil.

La douleur brûlante que causent ces vésicatoires, l'odeur pénétrante de l'ammoniaque qui s'évapore, sont les seuls reproches qu'on puisse leur adresser.

L'eau bouillante est généralement plus difficile à appliquer, et surtout à bien limiter dans une étendue déterminée. Souvent elle produit des escarres. Constamment elle occasionne une très-vive douleur.

Le marteau Mayor produit rarement une simple vésication ; comme l'eau bouillante, il détermine presque toujours une escarre. C'est d'ailleurs un révulsif très-énergique, mais beaucoup plus effrayant que douloureux.

M. le docteur Pigeaux dit avoir expérimenté avec succès, dans les salles de M. Récamier, à l'Hôtel-Dieu, le moyen de vésication suivant : On taille une rondelle de linge, de drap ou de papier, de la grandeur du vésicatoire qu'on désire appliquer ; on la trempe dans de l'alcool de 26 à 30 degrés, même dans de l'eau de Cologne ou dans de bonne eau-de-vie, puis on l'applique sur la peau préalablement rasée. On en approche un corps en ignition, et l'alcool s'enflamme. Au bout de dix à quinze secondes, l'épiderme est séparé du derme et peut en être détaché à l'aide d'une légère friction.

Wepser avait déjà recommandé, comme agent de vésication, l'esprit d'huile essentielle de moutarde. Ce moyen est aujourd'hui abandonné.

L'essence de térébentine, employée au lieu et place de l'ammoniaque, dans tous les cas où on emploie celle-ci, produirait également le soulèvement de l'épiderme, ainsi que j'en ai fait l'expérience plusieurs fois à l'hôpital de la Charité. Les procédés au verre de montre, aux pièces de monnaie, aux coquilles de noix, etc., rempliraient le but qu'on se propose, puisqu'ils mettent obstacle à l'évaporation du liquide.

Les moyens que je viens de passer en revue ont tous l'inconvénient assez grave, chez les enfants, d'être plus ou moins douloureux, mais ils le compensent par la rapidité généralement grande de leur action; et cette considération est d'un certain poids, dans la thérapeutique des maladies de cet âge. E. Hervieux.

THÉRAPEUTIQUE CHIRURGICALE.

NOUVEAU CAS D'ANÉVRYSME DE L'ARTÈRE BRACHIALE GUÉRI PAR L'INJECTION DU PERCHLORURE DE FER.

Grâce aux efforts de la presse médicale, l'anathème lancé sur les essais du nouveau mode de traitement des anévrysmes indiqué par le regrettable Pravaz, n'a pas eu les résultats qu'on pouvait craindre. Les expérimentations s'en poursuivent, mais plus avec cette précipitation qui a failli un instant compromettre l'avenir des injections hémoplastiques. M. Jobert vient de présenter à l'Académie de médecine un nouveau cas de succès, obtenu avec une solution du sel de fer, marquant de 15 à 20 degrés. Ce fait vient donc consacrer la formule que nos expériences sur les animaux nous avaient permis d'établir (voir p. 111). Devant lire prochainement à la Société de chirurgie un travail dans lequel se trouveront rassemblées les conditions, qui dans l'état actuel de la question, permettent d'assurer le succès de la méthode, et par-dessus tout l'innocuité de ces tentatives thérapeutiques, nous devons nous borner aujourd'hui à rapporter l'observation publiée par l'habile chirurgien de l'Hôtel-Dieu.

OBS. *Anévrysme artérioso-veineux. — Double injection avec une dissolution de perchlorure de fer entre 15 et 20 degrés de concentration. — Durcissement de la tumeur. — Douleurs vives et chaleur dans le membre après l'injection. — Perchlorure enkysté dans la veine et l'artère.* — Le nommé Léopold Loëb, âgé de dix-huit ans, entra, le 16 janvier 1854, à l'hôpital Israélite, pour y être traité d'une bronchite aiguë. Le 17 janvier, une saignée du bras fut faite au pli du coude droit, sur le trajet de l'artère brachiale; s'il faut en croire le malade et les personnes qui l'entouraient, il ne se manifesta rien de particulier pendant que le sang coulait, et, le 22 janvier, le malade sortit guéri.

Ce ne fut que le 16 février que ce jeune homme se présenta à M. le docteur Brossard, pour lui montrer une tumeur située au pli du coude droit, survenue, suivant lui, subitement, sous l'influence d'un effort qu'il fit pour porter un fardeau. Toujours est-il qu'au niveau du pli du coude, sur le trajet de l'artère brachiale, on reconnaît une tumeur, éloignée de l'épitrochlée de 4 centimètres, et de 6 de l'épicondyle; elle a 4 centimètres dans son diamètre transversal, et 3 pour son diamètre vertical. On peut estimer son volume à celui d'une petite noix; elle est d'ailleurs fluctuante, et offre des battements isochrones à ceux du cœur; l'application de l'oreille seule, ou armée du stéthoscope, fait percevoir des tintements ou bruits de souffle, coïncidant avec les battements de l'artère. La compression de l'artère brachiale fait cesser le susurrus, mais ne fait pas disparaître complétement la tumeur contenant encore du sang veineux. La compression directe fait disparaître complétement la tumeur fluctuante, et il en est de même de la flexion forte de l'avant-bras sur le bras.

Deux cicatrices se rencontrent à la surface de l'anévrysme : l'une occupe le côté externe, l'autre le côté interne. Notre malade éprouve de la gêne dans le membre, et désire se débarrasser de son mal. L'étendue de la tumeur et le désir du malade me décident à entreprendre l'opération.

En présence de M. le docteur Brossard et de MM. Hébert Konoff, Rozé, Brun, etc., je pratiquai la ponction de la tumeur, le 20 février, avec un mince trocart, qui fut plongé à son côté interne jusque dans son intérieur, ce qui fut annoncé par le défaut de résistance, l'artère brachiale continuant toujours à être comprimée. Après avoir retiré la tige du trocart, il s'échappa quelques gouttes d'un sang noir par la canule. La petite seringue fut vissée, et 6 gouttes de perchlorure de fer furent injectées dans l'intérieur du sac. La piqûre fut recouverte d'un morceau de diachylon. Cette injection a été suivie de très-peu de douleurs, mais les battements n'avaient pas cessé.

Pendant les vingt-quatre premières heures qui suivirent l'opération, la force des battements diminua et le bruit de souffle parut disparaître. Cette amélioration fut de courte durée, et, le 24, notre malade était dans le même état qu'avant l'opération. Les battements avaient, en effet, la même étendue, et le susurrus était aussi sensible qu'autrefois.

Le 24 février, à quatre heures du soir, je tentai une nouvelle injection; elle fut pratiquée de la même manière que la première ; mais, au moment où la tige du trocart fut retirée, la compression de l'artère brachiale étant moins forte, il sortit par la canule un jet de sang rouge et rutilant, mêlé à une matière grumeleuse, noire, qui ressemblait assez bien à du charbon animal. L'artère fut de nouveau comprimée fortement, et tout écoulement de sang cessa.

C'est alors que 6 gouttes de perchlorure de fer furent injectées dans la tumeur. Cette fois, le malade éprouva de vives douleurs, accompagnées d'une sensation de cuisson douloureuse, qui se prolongeait jusqu'à une certaine distance au-dessus et au-dessous de la tumeur, et suivait le trajet des artères radiale et cubitale.

Pendant la journée et la nuit qui suivirent l'opération, le 25 et le 26, le malade éprouva de vives douleurs, de l'agitation, de l'insomnie, de la fièvre et des contractions dans les muscles de l'avant-bras. Ce ne fut que quelques jours après que le calme revint.

Le 27 février 1854, à quatre heures de l'après-midi, j'ai examiné Léopold Loëb.

1° Il y avait absence de battements dans la tumeur;

2° Elle n'était pas douloureuse à la pression ;

3° Il existe des tiraillements dans la partie antérieure de l'avant-bras.

4° L'oreille ne découvre aucun susurrus, et, par la pression avec les doigts, on reconnaît dans tous les sens une masse solide, résistante, et nulle part de la fluctuation;

5° On sent un cordon au-dessus de la tumeur, qui suit le trajet de l'artère brachiale dans l'étendue d'un pouce et demi ;

6° Les petites plaies faites par le trocart sont entièrement cicatrisées;

7° Le stéthoscope ne découvre aucun bruit anormal.

Le 23 mars, le malade est de nouveau examiné, et voici ce que l'examen de l'avant-bras et des artères fournit : Il existe encore quelques tiraillements dans l'avant-bras.

La tumeur du pli du coude n'offre aucune fluctuation; elle est dure et résistante dans toute sa circonférence, et se continue, sous forme de cordon, le long de l'artère brachiale, qui est évidemment oblitérée dans l'étendue de 3 centimètres à peu près; et c'est dans ce point seulement que l'on perçoit les battements de l'artère, qui sont plus forts que du côté opposé.

La main du côté opéré est plus froide que celle du côté gauche. L'artère radiale est sensible à la main qui l'explore, et les battements qu'elle offre sont isochrones à ceux de l'artère radiale gauche; mais les pulsations sont faibles, si on les compare à celles du côté sain, qui sont étendues et résistantes. Les battements de l'artère cubitale sont très-sensibles à gauche, et on ne peut pas les reconnaître à droite.

Le 22 mars, on reconnaît que les battements artériels de la radiale ont acquis plus d'ampleur et plus de force. L'artère cubitale est devenue facile à sentir, mais ses battements sont excessivement faibles. Il n'existe plus de tiraillements dans le bras ni l'avant-bras; l'avant-bras ne s'étend pas encore complétement sur le bras.

La tumeur ne présente aucun battement; elle est remarquablement dure, et a perdu de son volume. Les battements de l'artère brachiale sont plus forts au-dessus du cordon que dans le même point du côté sain.

Le 6 avril, l'artère radiale présente des battements isochrones à ceux du cœur, mais ils n'ont ni l'impulsion ni la force de l'artère radiale gauche; on efface facilement l'artère radiale droite, et difficilement la gauche. L'artère cubitale droite présente des battements sensibles au toucher, mais ils ne sont ni aussi forts que ceux du côté gauche, ni aussi remarquables que ceux de l'artère radiale droite.

La tumeur du pli du coude est limitée, dure, résistante, comme cartilagineuse, bilobée.

Le malade plie et allonge le bras; mais les forces musculaires sont moins puissantes à droite qu'à gauche.

Le 15 mai, jour où le malade est présenté à l'Académie, c'est-à-dire plus de deux mois et demi après la seconde opération:

1° Il n'existe plus, au pli du coude, que deux petites tumeurs rapprochées l'une de l'autre, évidemment formées par le perchlorure, enkysté dans la veine et l'artère. Une pression exercée sur le magma ne détermine aucune douleur.

2° Les mouvements d'extension de l'avant-bras sur le bras sont encore incomplets.

3° Dans l'avant-bras, il existe encore des tiraillements.

4° Il y a une certaine faiblesse dans les mouvements de l'avant-bras, que le malade accuse comme gênant l'exercice de la fonction du membre dans les travaux qu'il est appelé à exécuter.

Parmi les réflexions dont l'habile chirurgien fait suivre l'observation de ce fait important, nous reproduisons seulement celles qui intéressent la pratique.

Si la première injection n'a procuré qu'un demi-succès, il n'en a pas été de même de la seconde, qui a été suivie d'une guérison complète. Pourquoi cette différence dans les résultats? Je crois pouvoir l'attribuer, dit

M. Jobert, à ce que le liquide coagulant n'a pas été mis en contact, dans les deux expériences, avec la même quantité de sang. Lors de la première injection, la quantité de sang contenu dans la poche était peu considérable; et, au contraire, lorsque la dissolution perchlorurée de fer a été poussée dans le sac anévrysmal, celui-ci était plein de sang veineux et artériel. Cela me paraît rendre suffisamment raison de la différence qui existait dans les deux coagulums albumineux. Si l'on veut réussir, il faut que le coagulum bouche tout à fait le vaisseau, afin que la fibrine du sang forme des caillots au-dessus et au-dessous de lui, comme cela arrive après la ligature de l'artère.

Le coagulum représente donc la ligature du vaisseau, et lorsqu'il n'est pas assez fort pour le boucher, le sang continue à passer, et il y a un insuccès, comme lorsqu'une grosse artère collatérale, située immédiatement au-dessus de la ligature, empêche le sang de se coaguler.

Tout en constatant les avantages du perchlorure de fer, nous ne devons pas passer sous silence ses inconvénients. Quoique nous nous soyons servi d'une dissolution de perchlorure de fer entre 15 et 20 degrés de concentration, il n'en est pas moins vrai que des accidents sérieux se sont déclarés après l'injection : ainsi des douleurs vives, des chaleurs et des brûlures se sont déclarées dans le trajet des artères brachiale, radiale et cubitale.

Il y a eu, en outre, de l'agitation, de la fièvre, de l'insomnie. Pendant toute l'après-midi, la nuit et le lendemain du jour de l'opération, ces accidents ont persisté. Nous avons noté que le calme avait fini par se rétablir, et que tout l'organisme était rentré dans l'ordre.

Il ressort de ce qui précède que le perchlorure n'est pas aussi innocent dans son action qu'on a bien voulu le prétendre, car tous les symptômes éprouvés par notre jeune malade doivent être regardés comme des accidents.

Il est incontestable pour moi que ce médicament est appelé à rendre des services, mais dans de certaines limites, et non dans toutes les circonstances. L'abus discrédite les meilleures choses; et c'est parce qu'on veut dépouiller un procédé des inconvénients dont il est entaché qu'on finit par ne plus accorder à son auteur la justice qu'il mérite.

Pourquoi ne pas admettre qu'outre les accidents qui lui sont communs avec la ligature dans l'interruption de la circulation, il a par lui-même des inconvénients, dus à son action irritante sur les parois du vaisseau? C'est ce que me semblent prouver les douleurs, les chaleurs et le mouvement fébrile, qui ont duré pendant une nuit et deux jours, malgré l'emploi des calmants et des opiacés.

Il y a eu, suivant moi, des symptômes d'artérite chez notre ma-

lade ; car on ne peut raisonnablement attribuer ces accidents à aucune autre cause, puisqu'on ne peut pas supposer que le médicament a pu produire des effets semblables en cheminant dans le torrent circulatoire.

Il est d'autant moins permis de s'arrêter à cette pensée que la première fois où le vaisseau est demeuré libre, il n'y a eu aucun de ces phénomènes; et cependant il aurait pu agir sur l'économie par la voie de la circulation, qui n'était pas interrompue.

Sur notre malade, le perchlorure n'a produit la première fois aucun accident, et ce n'est que la seconde fois qu'il en a déterminé de sérieux. C'est, si je ne me trompe, ce que des observateurs habiles, MM. Velpeau, Malgaigne et Lenoir, ont remarqué.

Le perchlorure de fer me paraît donc principalement devoir être employé dans les anévrysmes traumatiques, dans les cas exempts d'inflammation et récents, et je le regarde comme dangereux lorsque les poches anévrysmatiques sont enflammées ou le siége d'un travail ancien qui ne permet pas de penser que les parois de l'anévrysme sont saines.

CHIMIE ET PHARMACIE.

SUR UN NOUVEAU MODE DE PRÉPARATION APPLICABLE A LA TEINTURE D'ARNICA.

Une tendance très-fâcheuse, que nous voyons avec peine s'introduire dans les travaux pharmacologiques, est celle de ne vouloir tenir aucun compte des dénominations imposées aux préparations. Ainsi nous exprimions récemment le regret qu'un pharmacien de Paris présentât sous le nom d'huile de proto-iodure de fer un produit contenant de l'iode à l'état libre ; nous voyons aujourd'hui, dans le répertoire de pharmacie, un non moins honorable praticien de la province proposer d'employer pour la préparation de la teinture d'arnica un mélange, à partie égale, d'eau et d'alcool, et s'étonner ensuite de ne point voir figurer cet *hydro-alcoolé* parmi les formules d'*alcoolés* des pharmacopées modernes. Les agents de la matière médicale ne sont préparés qu'en vue de leurs usages thérapeutiques. Or, l'intervention d'un second principe actif, tout secondaire qu'il soit, ou celle d'un autre véhicule, n'est pas indifférente quant aux effets du médicament sur l'organisme malade.

La modification proposée par M. Mouchon, pour la préparation de de la teinture d'arnica, sans avoir une grande portée, en a une ce-

pendant au point de vue de la pratique médicale. L'eau qu'il propose d'ajouter à l'alcool, tout en venant en aide aux manipulations pharmaceutiques, ne peut avoir qu'un bon résultat, puisqu'elle tend à affaiblir les effets de l'alcool : effets, qui, on le sait, sont loin d'être ceux qu'on attend de l'action de l'arnica; il n'en est pas de même au point de vue de la posologie. La formule de la *teinture d'arnica* est la suivante :

Pr. Arnica......................	1 partie.
Alcool à 56° (21° Cartier)......	5 parties.

Dans cette formule, insérée dans le Traité de pharmacie de M. Soubeiran, le principe actif entre pour un sixième, tandis que, dans la préparation proposée par M. Mouchon, l'agent médicamenteux en forme seulement la dix-septième partie. On ne saurait donc substituer l'une de ces formules à l'autre, sans tenir compte de la différence d'énergie de deux préparations.

Ces réserves faites, nous plaçons sous les yeux des praticiens le nouveau mode de préparation indiqué par le pharmacien de Lyon, en rendant toutefois à sa teinture la seule dénomination qui lui est applicable : celle d'*hydro-alcoolé d'arnica montana.*

L'usage, dit M. Mouchon, veut qu'on fasse macérer une partie d'arnica dans quatre parties d'alcool à 56 degrés centésimaux. Or, non-seulement on est condamné à perdre la moitié du menstrue, en opérant de la sorte, mais encore on n'épuise la fleur qu'en faible partie, ainsi qu'on le verra plus loin.

Pour se mettre dans des conditions favorables, il faut opérer de la manière suivante :

Pr. Arnica fortement contusé...........	1 partie.
Eau bouillante.................	8 parties.
Alcool à 34 degrés Cartier.........	8 parties.

Faites deux infusions de quatre heures de durée chacune, en divisant en deux parties le menstrue aqueux ; exprimez fortement la masse végétale, en l'additionnant d'une quantité d'eau bouillante suffisante pour la laver et recueillir huit parties d'infusé.

Ajoutez à ce liquide aqueux, après refroidissement, une égale quantité d'alcool, soit huit parties, et, vingt-quatre heures après, filtrez l'hydro-alcoolé, que vous aurez agité à plusieurs reprises, pour rendre le mélange plus intime.

En opérant ainsi, vous recueillerez seize parties de teinture, sans avoir perdu une seule goutte d'alcool, si ce n'est celui que le filtre peut retenir, et vous aurez un produit tout aussi chargé, s'il ne l'est pas

davantage, que si vous aviez fait agir, par voie directe, quatre parties d'eau-de-vie sur une des fleurs.

Cet alcoolé ne marque que 16 degrés à l'aréomètre de Cartier ; mais, n'en pèserait-il que 14, il serait au moins dans d'aussi bonnes conditions, l'alcool dissolvant d'autant mieux les parties solubles de l'arnique qu'il est plus aqueux ; de là l'avantage immense qu'il résulte de l'emploi de l'eau seule pour le traitement direct de la fleur, en tant que cette eau est bouillante cependant, car il la faut ainsi, pour que huit parties de ce véhicule puissent épuiser une partie de cette fleur, que n'épuiseraient certainement pas huit parties d'alcool à 21 degrés Cartier.

Puisque M. Mouchon se propose de prouver, plus tard, que ce même mode peut être applicable, avec les mêmes avantages, à la préparation d'un certain nombre de teintures, en modifiant toutefois, selon la nature du végétal à traiter, soit la quantité relative des menstrues, soit la densité de l'alcool, nous l'engageons à tenir compte de nos remarques. Ce que réclame la pratique médicale, ce sont des teintures faites toutes dans une même proportion ; mieux vaut donc, à l'exemple de M. Soubeiran, adopter le rapport de 1 à 5, proposé par M. Personne pour toutes les substances, que de multiplier à plaisir les formules.

NOUVEAU RÉACTIF DE L'IODE : LA BENZINE.

D'après une note, insérée dans le Journal de pharmacie, par M. Moride, la benzine serait pour l'iode un réactif bien plus sensible que le chloroforme et même l'amidon. Elle permet de constater avec la plus grande facilité la présence d'un milligramme dans quatre litres d'eau. La benzine a la propriété de dissoudre l'iode partout où elle le rencontre à l'état de liberté, en prenant une couleur d'un rouge vif, d'autant plus foncé qu'elle contient plus d'iode. Vient-on à instiller quelques gouttes d'acide hypo-azotique dans un liquide contenant un iodure alcalin, et à y ajouter 2 ou 3 grammes de benzine, si on agite fortement le tout, la benzine ne tarde pas à monter à la surface du liquide, en entraînant l'iode. Ainsi, par le nouveau réactif, on peut non-seulement séparer de l'eau des quantités infiniment petites d'iode, mais encore on peut doser le métalloïde, en suivant les règles et les procédés connus.

SUR UN NOM DE CONVENTION POUR L'ACIDE ARSÉNIEUX ET SES COMPOSÉS.

Depuis que l'étude en sous-œuvre des effets thérapeutiques de l'acide arsénieux ont mis hors de toute contestation la valeur de cet agent médicamenteux, on a senti la nécessité d'adopter un nom de conven-

tion pour le désigner. Les préparations étant peu nombreuses et pouvant se borner, dans le plus grand nombre des cas, à la solution de l'acide arsénieux, nous avons cru trancher la difficulté en rappelant le nom de *liqueur minérale*, donné par les médecins anglais à cette solution.

Un pharmacien de Paris, M. Hoffmann, signale un nouveau moyen. Dans toute l'Allemagne septentrionale, dit-il, les médecins, quand ils veulent prescrire l'acide arsénieux, le désignent, dans leurs formules, sous le nom de *metallum album*. Ce mot, tout à fait inconnu du public, ne lui inspire aucune crainte. Le conseil de M. Hoffman vient compléter notre première indication. Les praticiens, lorsqu'ils croiront devoir recourir à l'emploi de l'acide arsénieux, pourraient formuler ainsi :

Liqueur minérale.

Metalli albi.....................	5 centigrammes.
Eau distillée.....................	500 grammes.

Faites bouillir pendant un quart d'heure, et filtrez.

U. s. Un ou deux verres, comme antipériodique, dans les cas de fièvres intermittentes, rebelles au quinquina.

Quant aux composés d'arsenic, comme les arséniates, par exemple, voici comment, d'après M. Hoffmann, on désignerait ces sels :

Arséniate de soude (*metallum album sodicum* ou *natricum*);
Arséniate de potasse (*metallum album potassicum* ou *kalicum*);
Arséniate d'ammoniaque (*metallum album ammonicum*);
Arséniate de fer (*metallum album ferricum*).

Ces modifications ne nous paraissent pas indispensables. Les deux premiers sels s'emploient toujours à l'état de dissolution; or, leur préparation a conservé le nom des médecins qui ont publié les premières formules. Ainsi, la solution de l'arséniate de soude constitue la liqueur de Pearson; celle de l'arséniate, ou mieux l'arsénite de potasse, est employée sous le nom de liqueur de Fowler. (Nous préférons toutefois la formule donnée, dans ce journal, par M. Devergie, c'est la liqueur de Fowler, cinquante fois plus faible, et par cela même d'un usage plus commode et moins dangereux.) — Pour les arséniates d'ammoniaque, ou de fer, employés exclusivement dans le traitement de certaines maladies de peau, leur usage est trop rare pour laisser aucun doute dans les prescriptions, lorsqu'on en veut tenter l'emploi.

DÉTERMINATION DE LA FORCE DES PRÉPARATIONS PHARMACEUTIQUES CONTENANT DE L'ACIDE PRUSSIQUE.

Il n'est pas de préparations médicinales qui soient plus sujettes à

varier, et qui cependant exigent plus de stabilité dans leurs compositions, que celles qui renferment de l'acide prussique. L'eau distillée de laurier-cerise, qui est d'un usage si fréquent en pharmacie, présente, sous ce rapport, des variations extrêmes et très-fâcheuses pour la pratique médicale.

Un réactif simple, qui donnerait le moyen d'évaluer de temps en temps la force des divers composés cyaniques, et qui joindrait l'exactitude de la détermination à la facilité de l'emploi, serait à la fois très-utile et très-précieux pour les pharmaciens. MM. Fordos et Gélis ont indiqué, il y a quelque temps, un procédé cyanométrique dont l'objet était simplement de déterminer la valeur commerciale du cyanure de potassium. M. James Roberton a examiné avec soin ce procédé, qui repose sur l'action décomposante de l'iode à l'égard des cyanures alcalins, et, en cherchant à généraliser son emploi, ce chimiste a vu qu'il pouvait parfaitement s'appliquer à la détermination et au dosage de toutes les préparations pharmaceutiques renfermant de l'acide prussique.

On prépare une solution titrée d'iode (15 centigr. pour 30 grammes conviennent parfaitement) ; on introduit cette solution dans une burette de Gay-Lussac, et on la verse goutte à goutte dans une certaine quantité de la liqueur à examiner, jusqu'à ce qu'on aperçoive une teinte jaunâtre persistante même après l'agitation. On n'a alors qu'à lire la quantité de solution normale qu'il a fallu employer, pour avoir la force comparée de la préparation soumise à l'examen. Ce procédé ne donne pas seulement la valeur comparée des diverses solutions cyaniques, mais il fournit aussi la proportion en centièmes de l'acide cyanhydrique qu'elles renferment ; car chaque équivalent de cyanogène absorbe exactement un équivalent d'iode. L'auteur a trouvé ce procédé d'une grande utilité pratique, et il le recommande à tous les pharmaciens qui voudront essayer leurs préparations cyaniques.

CORRESPONDANCE MÉDICALE.

DE LA LUXATION SOUS-CONJONCTIVALE DU CRISTALLIN.

Les luxations, incomplètes ou complètes, du cristallin, qui constituent les cataractes branlantes et natatiles, se rencontrent à chaque pas dans la pratique ophthalmologique. Il n'en est pas de même des cas dans lesquels la lentille déchatonnée vient se loger entre la conjonctive et la sclérotique, soit que celle-ci ait été fendue, soit qu'il y ait eu décollement de l'iris et du bord voisin de la cornée. Ces faits,

tous d'origine traumatique, méritent d'autant plus l'attention des praticiens, qu'il y a là un point de diagnostic assez embarrassant pour les personnes non prévenues de la possibilité de ce genre d'accidents, lesquels, d'ailleurs, en raison de leur peu de fréquence, ont échappé aux descriptions de beaucoup d'auteurs de traités d'ophthalmologie.

La luxation sous-conjonctivale du cristallin se présente sous forme d'une tumeur, habituellement globulaire comme le corps qu'elle contient, et située sur la sclérotique, près de la cornée, assez communément vers le grand ou vers le petit angle de l'œil. La configuration qui vient d'être notée peut n'avoir pas lieu, car il arrive quelquefois que le cristallin a subi une certaine déformation ou a été broyé plus ou moins, lors de l'accident qui l'a violemment ravi à sa niche naturelle. L'on peut établir que la lentille est toujours transparente au début; le fait d'une dislocation de ce genre atteignant un cristallin cataracté ne s'est peut-être jamais rencontré dans la science. La lentille, privée de ses moyens de nutrition, devient opaque à la longue.

Obs. Mme Demarcq, aujourd'hui âgée d'une soixantaine d'années, se présenta à mes consultations publiques, le 1er mai 1852. Elle était atteinte, à cette époque, de néphélions aux deux cornées, avec complication d'une double synéchie postérieure. La vue, bien qu'un peu troublée, permettait à la malade de se conduire avec facilité et de vaquer aux occupations de son ménage. Je prescrivis, contre les taies, une pommade composée d'oxyde rouge de mercure et d'acétate de plomb cristallisé, de chaque 15 centigrammes, pour 6 grammes de beurre. Cette femme ne reparut plus au dispensaire, jusqu'au 19 janvier 1854.

A cette dernière époque, elle m'annonça que la pommade dont je lui avais conseillé l'usage avait apporté dans l'état de sa vue une amélioration notable, mais que tout avait été détruit par un double accident, dont elle avait été victime dans le département de l'Aisne, où elle réside. En mars 1853, son œil gauche avait été violemment frappé par une pomme lancée avec force contre cet organe; en octobre de la même année, son œil droit fut blessé par une perche, d'une manière plus grave encore. Voici les désordres que je constatai, en présence de plusieurs médecins et d'élèves en médecine qui me font l'honneur de fréquenter mes consultations.

Au globe gauche, le quart environ de l'iris est décollé, dans sa portion supérieure interne, et la perforation qui en résulte aboutit, en bas, aux vestiges de l'ancienne pupille. La région inférieure de celle-ci est occupée par une bande blanche, à peu près transversale, et qui me parut être des débris de la cristalloïde antérieure fortifiés par des dépôts plastiques. Le cristallin opaque flotte au bas de la chambre postérieure; il remonte et s'abaisse, dans les divers mouvements que l'œil exécute. Sur la partie supérieure de la sclérotique, en dedans, à deux lignes et demie environ de la cornée, existe un staphylome de la choroïde, reconnaissable à une bosselure ardoisée. La vue est très-émoussée dans cet organe. La malade, toutefois, peut se conduire, avec son secours, dans les localités qui lui

sont familières. Elle m'a indiqué le nombre des doigts que je lui présentai, et a même reconnu un foulard jaune et blanc.

A un amas plastique, qui bouche l'ancienne pupille, dans l'œil droit, aboutissent deux perforations constituées par le décollement de deux lambeaux de l'iris, dans la moitié supérieure de ce diaphragme. La perforation externe, qui est la plus petite, offre, dans sa région inférieure, une masse, d'un brun rougeâtre, résidu fibrineux d'un caillot sanguin (*cataracte fausse sanguine; cataracta spuria grumosa*). Toute perception visuelle est anéantie dans cet organe amaurotique, et qui parait le siége d'une désorganisation profonde. La malade ne demande qu'à être délivrée d'un corps étranger, qui lui cause une gêne incessante et pénible. Elle ajoute qu'elle s'est adressée à plusieurs médecins, qui tous ont été d'accord sur l'absence d'un corps étranger dans son œil. C'est, dans son opinion, un fragment de bois que le corps vulnérant a laissé derrière ses paupières. Aussi, quand j'annonce à cette femme que je vais déférer à ses vœux, à la faveur d'une opération très-simple et à peu près exempte de douleur, elle me témoigne toute sa satisfaction, et se résigne à mes tentatives.

On voyait, en effet, sur la sclérotique, aux confins de la cornée et vers l'angle externe de l'œil, une tumeur globulaire, dure et couverte d'une portion de conjonctive abondamment fournie de vaisseaux sanguins. Je diagnostiquai la présence du cristallin dans la protubérance. Pratiquant, avec la lancette, sur la conjonctive qui bornait la tumeur en avant, une incision verticale qui la fendit de bas en haut, la lentille s'offrit à l'ouverture; la curette de Daviel la délogea avec facilité. Nous reconnûmes un cristallin opaque et entouré d'une couche caséeuse.

J'ordonnai des fomentations réfrigérantes.

La malade revint, le 21 janvier, très-satisfaite de l'opération qu'elle avait subie et qui l'avait délivrée, dit-elle, d'une incommodité qui la fatiguait beaucoup. Le fond de la plaie conjonctivale nous permit de constater, sur la sclérotique, à une ligne environ de la cornée, une rainure noirâtre, un peu déprimée, et qui affectait une direction verticale. C'était là, sans nul doute, le point où la sclérotique fendue avait livré passage au cristallin, logé, depuis l'accident, sous la conjonctive scléroticale.

Deux exemples, analogues au fait qui vient d'être relaté, ont été observés par nous, il y a quelques années. Un homme reçoit un coup violent, à l'œil droit; cet organe s'enflamme, devient douloureux, et la vue y subit une forte détérioration. Le malade se rend à l'Hôtel-Dieu de Paris, où il est admis dans le service de M. Blandin. Sous l'empire d'un traitement approprié, les accidents phlegmasiques se calmèrent en peu de temps; toutefois, une saignée malheureuse força cet homme à faire à l'hôpital un séjour de deux mois ; c'est immédiatement après sa sortie qu'il se présenta, dans l'état suivant, à la consultation, que dirigeaient alors MM. Sichel et C. Canstatt. Le globe gauche est sain. A l'œil droit, vue trouble, flottement de l'iris; au niveau du diamètre horizontal de l'organe, du côté de l'angle interne, existe, sur la région scléroticale, une protubérance globulaire et blan-

châtre, qui touche au limbe cornéal, et vers laquelle la pupille est allongée. Une petite incision, faite sur la tumeur, démontra qu'elle était formée par le cristallin, qui s'était logé sous la conjonctive, après avoir fendu la sclérotique et les tuniques sous-jacentes. Dans l'autre cas, qui était également le résultat d'une forte percussion sur le globe, l'iris avait été déchiré et la cornée décollée, vers le grand angle ; le cristallin opaque était obliquement placé, en arrière, dans la cavité du globe : antérieurement, entre la conjonctive et la sclérotique ; au milieu, entre cette dernière membrane et le bord interne de la cornée, qui était refoulé en avant. Une incision en provoqua l'expulsion au dehors.

Larrey père, Van-Onsenoort, Mackenzie, Barrier et Rivaud-Landreau (de Lyon) ont également constaté des exemples de luxation sous-conjonctivale de la lentille. Elle provenait d'une contusion contre l'angle d'une chaise, chez des sujets traités par Larrey, Van-Onsenoort et Mackenzie ; d'un coup de corne de bœuf, dans deux observations du docteur Barrier ; d'un coup de poing sur l'œil, chez une malade de M. Rivaud-Landreau (1). Presque constamment, la violence extérieure détermine, en même temps, des désordres suffisants pour entraîner une détérioration très-considérable de la vue, souvent la cécité même. Tel était le cas de cette femme, que cite le docteur Barrier, et qui portait, depuis huit mois, une saillie de ce genre, vers l'angle interne de l'œil gauche, par suite d'un coup de corne de bœuf. La vue avait été immédiatement abolie. M. Barrier reconnut que la conjonctive, qui recouvrait le cristallin, s'était considérablement épaissie, et que l'organe était logé dans un véritable kyste adossé à la sclérotique, kyste formé d'une membrane dense et résistante dé-

(1) Dans le fait rapporté par cet oculiste, la tumeur existait vers l'angle interne de l'œil gauche. « Le coup qui a atteint cette femme, dit-il, a frappé d'aplomb sur l'œil gauche, et dans une direction oblique, de la tempe vers le nez. Il a eu pour effet immédiat une compression violente du globe, et le refoulement des humeurs de l'œil, de dehors en dedans. Dans le mouvement de refoulement des humeurs, la sclérotique de l'angle interne s'est trouvée comprimée avec force sur le plancher osseux de l'orbite ; ses fibres distendues ont cédé sous l'effort et se sont déchirées. Alors, le cristallin, violemment détaché de ses liens, est venu se précipiter à travers la déchirure de la sclérotique, et, dans le mouvement de retrait des humeurs, après la cessation de l'action compressive, il est resté logé sous les tissus sous-conjonctivaux. » L'auteur signale, dans cette observation, deux circonstances remarquables : 1° l'absence, à peu près complète, d'ophthalmie, soit interne, soit externe, à la suite d'une lésion aussi grave ; 2° le rétablissement des perceptions visuelles, après une amaurose subite et complète.

veloppée aux dépens de la conjonctive et du tissu cellulaire sous-muqueux. La lentille avait subi un certain degré de ramollissement et d'atrophie, qui, en se continuant, ajoute l'auteur, en auraient probablement amené la résorption complète. Toutefois, des faits démontrent que certains malades ont pu, à la suite de vulnérations aussi graves, recouvrer une vue aussi bonne que s'ils avaient été heureusement opérés de la cataracte. Dans un exemple relaté par Mackenzie (tumeur existant à la partie supérieure du globe; tiraillement de l'iris vers la protubérance), l'ouverture de la choroïde et de la sclérotique, à travers laquelle le cristallin s'était échappé, était parfaitement réunie, et la rétine ne semblait nullement affectée. Le malade pouvait lire les caractères ordinaires d'impression, avec un verre à cataracte.

Ch. Deval, D. M. P.

BIBLIOGRAPHIE.

Traité pratique des maladies de la peau, par Alp. Devergie, médecin de l'hôpital Saint-Louis, professeur agrégé de la Faculté de médecine de Paris, professeur particulier de pathologie cutanée, chevalier de la Légion-d'Honneur, etc.

Malgré les louables efforts qui ont été faits en France, à diverses époques, pour populariser parmi les médecins la dermatologie, il en est encore un bon nombre, parmi nous, qui manquent de notions précises sur cette partie intéressante de la science des maladies. Cette lacune dans nos connaissances médicales pratiques tient à deux causes principales : la première, c'est que pendant longtemps on a considéré les affections de la peau comme soumises aux lois d'une sorte de pathologie exceptionnelle ; la seconde, c'est que, par suite de cette conception erronée, les malades atteints de ces affections ont été en quelque sorte mis à part, et relégués, pour Paris, dans un hôpital excentrique, dont les enseignements n'étaient à la portée que d'un petit nombre d'entre nous. Pour m'exécuter de suite, et éviter le reproche de fatuité, j'avouerai que moi, qui parle, ai longtemps déploré cette lacune dans l'ensemble de mes connaissances pratiques. Mais, puisque j'ai fait cet aveu, dont d'ailleurs je ne rougis pas, qu'on me permette de le compléter, en indiquant ici sommairement l'artifice dont je me suis servi pour dissiper la confusion qui régnait, dans mon esprit, à l'endroit des maladies cutanées. Il va sans dire que j'ai d'abord commencé par étudier ces maladies, en leurs formes nombreuses, variées, dans les meilleurs traités que nous eussions sur la matière. Les planches qui ac-

compagnent quelques-uns de ces traités, tout incomplètes qu'elles sont, ne m'ont point été inutiles, je dois le dire, pour fixer dans mon souvenir les types fondamentaux des affections particulières de la vaste membrane qui enveloppe le corps de l'homme. Mais ces notions eussent été bien vagues, bien inféeondes, et surtout bientôt oubliées, si je ne m'étais appliqué à les réaliser, à les matérialiser, en quelque sorte, dans les faits. Ainsi, l'étude d'une forme morbide me rappelait presque toujours un fait ou plusieurs faits observés, et ces faits, venant au secours de la notion tardivement acquise, la précisaient, lui donnaient, dans mon esprit, la vie et la réalité. De cette science, si laborieusement acquise, il est résulté pour moi une sorte de nomenclature étrange des maladies de la peau; c'est que ces maladies me rappellent invinciblement les personnes mêmes qui me les ont présentées sous leurs formes les plus tranchées. Ainsi, la mentagre, c'est M. G....; l'impétigo sycosiforme, c'est M. D.....; le pityriasis versicolor, c'est P. S...., etc. En somme, le souvenir de ces faits est venu, si je puis ainsi dire, donner la vie aux tableaux dans lesquels j'étudiais les formes morbides, et préciser les notions d'une étude purement abstraite, qui, quelque savante qu'elle soit, ne reproduit jamais la vie des choses, c'est-à-dire la réalité.

J'ai pensé que ce procédé mnémotechnique pourrait rendre à plusieurs le service qu'il m'a rendu à moi-même; c'est pourquoi je n'ai pas hésité à en dire un mot ici. Que si cette prétention didactique en offusquait quelques-uns, qu'ils me pardonnent cette prétention en faveur de l'humble confession qui l'a précédée. Ceci bien entendu, je redescends à mon rôle de critique, et arrive au livre de M. Devergie.

Ce n'est qu'après avoir longtemps étudié et pratiqué la médecine, dans toute l'étendue du cadre qu'elle embrasse, que l'auteur du *Traité pratique des maladies de la peau* a spécialisé son étude et sa pratique, en les restreignant dans le cercle de ces maladies. Par là, le médecin de l'hôpital Saint-Louis s'est mis en règle avec les adversaires implacables des spécialités médicales, qui s'élèvent avec raison, suivant nous, contre cet émiettement de la science. Il suffit de parcourir l'ouvrage de M. Devergie pour remarquer le caractère particulier dont le marque cette circonstance de la vie scientifique de l'auteur, si je puis ainsi dire, et pressentir à l'avance sa valeur réelle, et comme conception doctrinale, et comme guide pratique. M. Devergie a lui-même parfaitement compris que c'est de là que sortirait l'originalité de son livre; aussi bien dans la première partie de son Traité de dermatologie, qui comprend les notions de pathologie et de thérapeutique générales, par lesquelles cette branche de la médecine se rattache à cette science con-

sidérée dans l'universalité de l'objet qu'elle embrasse, s'est-il appliqué à démontrer que les maladies de la peau sont, en général, soumises aux mêmes lois que les autres maladies de l'organisme vivant. Et comment en serait-il autrement? Est-ce que l'appareil tégumentaire externe n'entre point incessamment en conflit avec le même monde ambiant que les autres appareils ? Est-ce que, comme eux, il n'entretient pas les relations les plus intimes avec le reste de l'organisme? Est-ce que ses fonctions ne sont pas solidaires des autres fonctions ? Est-ce qu'en un mot il ne concourt pas à l'unité de la vie, à son harmonie, par la spécialité de ses actes, comme tous les autres organes? Déjà M. Rayer, comme le reconnaît d'ailleurs loyalement M. Devergie, avait marché dans cette voie féconde, mais il n'avait pas été suivi dans cette direction par tous les dermatologistes qui lui ont succédé dans l'exposition didactique de cette fraction de la science, et il lui a semblé, avec raison, qu'il était opportun de ramener les esprits dans une voie qu'on n'abandonne jamais sans dommage réel pour les applications de l'art.

On conçoit qu'il nous est impossible d'exposer ici les doctrines du savant médecin de l'hôpital Saint-Louis; nous ne pouvons qu'en déterminer, comme nous venons de le faire, le point de départ philosophique, que nous approuvons complétement. Mais ce que nous ne pouvons nous dispenser de faire, c'est de mettre en lumière quelques-uns des résultats pratiques auxquels l'a conduit cette méthode large, féconde. Ainsi, pour ce qui est de la pathogénie, M. Devergie montre que certains modes pathologiques de la peau sont l'attribut presque exclusif de certains modes de constitution, de certains modes de vie de l'organisme. C'est là un point de vue dont on comprend de suite l'importance; car, pour guérir ces affections, il ne suffit pas d'en avoir fait le diagnostic anatomique, de les avoir dénommées, comme un botaniste fait d'une plante, un chimiste d'un corps simple ou d'un composé binaire, etc.; il faut aller plus loin, il faut analyser le sol sur lequel ce parasite a poussé, afin de le modifier de telle façon qu'il ne le produise plus à l'avenir. Assurément cette vue on la retrouve ailleurs que dans l'ouvrage de M. Devergie; mais, outre que nulle part elle ne se trouve aussi nettement formulée, nulle part non plus on ne la voit éclairer de sa vive lumière un aussi grand nombre de maladies distinctes de l'appareil tégumentaire. Un autre enseignement pratique, non moins grave, qui ressort de la pratique suivant laquelle le sagace médecin de l'hôpital Saint-Louis envisage les maladies cutanées, c'est que dans ces maladies, comme dans les autres maladies de l'organisme, l'élément inflammatoire en forme souvent l'élément fondamental, et cela surtout au début de l'affection. Or, je dis que c'est là une notion empruntée à la

pathologie générale, qui a une très-grande portée au point de vue de la pratique. Combien de médecins encore aujourd'hui qui, quand ils se trouvent en face d'un impétigo, d'un eczéma, d'un psoriasis, etc., ne songent pas à l'état plus ou moins enflammé du derme, que leur masquent divers produits de sécrétions déposés à sa surface!

Non-seulement il y a un bon nombre de ces maladies dans lesquelles l'élément phlegmasique est inhérent au fond même du mal, mais alors même que cet élément manque ou a disparu, le contact des vêtements, les frottements qui en résultent, les mouvements tendent à l'y développer ou à l'y faire reparaître de nouveau. Ajoutez à cela que souvent, dans ces maladies, le sentiment du besoin réparateur n'étant pas éteint, les malades ne modifient en rien leur régime, et vous comprendrez qu'il y a là un ensemble de circonstances très-favorables à la production ou à la continuation de ce mode particulier de la vie pathologique. Quelque restreinte que soit mon expérience sur ce point, il est incontestable pour moi que, dans une foule d'affections cutanées, le régime antiphlogistique a une très-haute portée thérapeutique. C'est donc avec raison que M. Devergie a insisté fortement, dans son livre, sur tout ce qui se rattache à cette médication spéciale. Il en est de même des autres médications générales qu'il a très-judicieusement appréciées, et dont il a nettement posé les indications fondamentales ; mais nous ne pouvons que marquer ici la place des discussions lumineuses qui, dans le Traité des maladies de la peau, ont trait à cette partie si importante de la thérapeutique; et passons de suite à la seconde partie de l'ouvrage, qui embrasse toute la pathologie spéciale, dont il faut bien que nous disions aussi un mot.

La classification adoptée par le médecin de l'hôpital Saint-Louis est la classification de Willan, profondément modifiée. Autant qu'il l'a pu, l'auteur a conservé les dénominations qui, dans cette classification, s'appliquent aux localisations le plus nettement définies; mais il a admis plus explicitement qu'on ne l'avait fait avant lui certains groupes de maladies, qui lui paraissent aussi naturels que les groupes fondamentaux de Willan; ce sont les maladies composées, dans lesquelles les lésions élémentaires sont mêlées à divers degrés ; c'est là encore, nous le croyons, une heureuse innovation, et qui doit simplifier singulièrement le diagnostic. Pourtant M. Devergie n'a-t-il pas multiplié un peu trop les groupes ? D'un autre côté, n'a-il pas trop accordé à la forme, dans quelques cas, pour faire des variétés distinctes? Ainsi, pour ne citer qu'un exemple, il a remarqué que quelques psoriasis solitaires affectent la forme circinnée ou nummulaire de certains herpès; est-ce là une raison suffisante pour faire de cet accident du psoriasis

disséminé, discret, une variété distincte, sous la dénomination de psoriasis herpétiforme? Nous posons humblement cette question au savant dermatologiste. Puisqu'à l'éloge il nous faut nécessairement mêler quelques grains de critique, nous ajouterons encore que, puisque l'auteur a parlé, dans son livre, de l'atrophie et de l'hypertrophie des ongles, nous aurions désiré qu'il eût dit un mot de l'alopécie unguéale, qui se rencontre quelquefois, et dont il ne parle pas. Enfin, et c'est par là que nous terminons la critique d'un livre dont la fortune brillante ne saurait être douteuse pour nous, si les médecins, en France, lisaient encore un peu, M. Devergie, dans sa longue discussion sur quelques points de l'histoire de la gale, telle que les recherches modernes l'ont faite, ne nous a pas convaincu. Il y a d'abord, dans cette discussion, une question qui, aujourd'hui, ne peut plus être posée, c'est celle des générations spontanées. Ces générations sont une chimère : *Omne animal ex ovo;* ce principe du grand Haller est aujourd'hui au-dessus de toute contestation. Mais, ce principe une fois admis, il en résulte une conséquence très-grave pour la thérapeutique, vu que le traitement de la gale a uniquement pour but de détruire l'insecte, dont l'éruption n'est que l'effet, et que le meilleur traitement est celui qui conduit le plus vite à ce but. Sans doute ce traitement insecticide, quel qu'en soit le mode, pourra aggraver l'éruption produite par l'action du sarcopte sur la peau, mais cette aggravation disparaîtra bien vite dès que la cause incessamment productrice du mal aura disparu. Que, dans quelques cas exceptionnels, cette méthode comporte quelque tempérament, je le veux bien ; mais, en somme, il faut tendre tout d'abord à ce bien suprême, et s'efforcer d'y parvenir le plus tôt possible.

Nous demandons encore une fois pardon à M. Devergie de ces petites chicanes ; mais son livre nous a paru si bien fait et à la fois si substantiel, que nous voudrions en voir disparaître jusqu'aux plus légères taches, afin qu'il s'impose à tous comme une œuvre parfaite.

BULLETIN DES HOPITAUX.

Un mot sur le traitement de l'orchite par le collodion. — L'orchite est une affection fort commune, et dont le traitement a varié beaucoup, sans qu'on soit encore fixé sur le meilleur moyen à employer dans les cas de ce genre. Nous faisions connaître, il y a peu de temps, l'application qu'un chirurgien belge, M. Dechange, a faite du collodion au traitement de cette affection, et nous avons signalé, depuis, le succès que M. Costes a obtenu par le même moyen. De son côté, notre hono-

rable confrère, M. Bonnafont, a communiqué ces jours derniers, à l'Académie, les résultats vraiment remarquables qu'il a obtenus de cette pratique. Sur 56 cas traités par lui, aucun n'aurait résisté, de sorte que, d'après M. Bonnafont, le collodion constituerait le moyen le plus énergique pour guérir les orchites traumatiques et syphilitiques, et qu'il n'aurait pas eu, depuis une année, l'occasion de recourir une seule fois aux sangsues. Et tout cela sans aucun accident : la douleur résultant de cette application, le plus souvent légère, mais quelquefois aussi très-aiguë, ne durant pas, en moyenne, plus de dix minutes. D'après M. Bonnafont, la douleur déterminée par l'inflammation des tissus, si vive qu'elle soit, diminuerait à mesure que celle du collodion se produit, et disparaîtrait presque entièrement en même temps. Du reste, l'efficacité du collodion serait en raison inverse de l'ancienneté de la maladie; de sorte que, à mesure que l'engorgement s'éloigne de son origine, la résistance est plus grande, et il faut revenir deux ou trois fois au collodion, en mettant deux ou trois jours d'intervallo entre chaque application.

Malheureusement notre rôle d'historien nous impose le devoir d'opposer aux succès constants de M. Bonnafont les résultats complétement négatifs annoncés par MM. Velpeau et Ricord. Ces deux savants chirurgiens ont signalé les douleurs les plus vives produites par ces applications, et, ce qui est plus grave, la persistance de la maladie avec tous ses caractères. Des dissidences aussi grandes appelaient évidemment de nouvelles expériences, M. Ricord a donc repris l'étude de ce moyen. Les quelques tentatives nouvelles faites sous nos yeux par l'honorable chirurgien de l'hôpital du Midi nous ont montré que la douleur était médiocre au moment de l'application; de sorte que l'innocuité de cette pratique ne nous paraît pas pouvoir être mise en doute, mais alors seulement que l'on emploie le collodion élastique, c'est-à-dire le collodion dans la préparation duquel on fait entrer un peu d'huile de ricin.

Reste la question de la valeur résolutive de ce moyen, et, sur ce point, on comprend qu'il faut un assez grand nombre de cas, pour porter un jugement en connaissance de cause.

Des expériences se poursuivent en ce moment dans les hôpitaux, et nous ne doutons pas, par conséquent, d'avoir bientôt une solution à donner à nos lecteurs. Nous ajouterons que notre savant confrère, M. Puche, frappé du retrait produit par la gélatine sur les capsules de cubèbe et de copahu, retrait si énergique que le copahu transude à travers la coque gélatineuse, a eu l'idée de se servir d'une solution de cette substance, dans les mêmes circonstances. Ces essais se poursuivent parallèlement à ceux qui ont lieu avec le collodion, et nous

appelons d'autant plus vivement une solution à cet égard, que les recherches de notre savant confrère, M. Gosselin, sur l'atrophie des tubes séminifères, prouvent qu'il y a quelque chose à tenter de mieux, en fait de traitement de l'orchite, que l'ensemble de moyens dont l'art dispose habituellement.

L'occasion se présentera donc bientôt de revenir sur ce sujet ; mais nous protestons, en terminant, avec M. Velpeau, contre cette étrange assertion dont M. Bonnafont a eu la malheureuse idée de vouloir endosser la responsabilité, à savoir que le collodion agirait par son imperméabilité, *en soustrayant les surfaces enflammées au contact de l'air*; comme si le scrotum n'était pas là pour remplir ce rôle, et comme si jamais enduit quelconque pouvait agir ainsi à cette profondeur sur l'épididyme !...

Thérapeutique des névralgies : procédé mixte; section et cautérisation du nerf. — L'observation suivante vient compléter l'intéressant Mémoire de M. Jobert; elle a été recueillie, ainsi que les précédentes (V. p. 369), par un des internes les plus distingués des hôpitaux, M. Sée.

Obs. III. *Névralgie sous-orbitaire violente. — Sangsues. — Frictions avec l'huile de croton tiglium. — Vésicatoires volants. — Section du nerf et cautérisation avec le fer rouge.* — Mlle P..., de..., âgée de cinquante-trois ans, est d'une taille au-dessus de la moyenne, assez maigre, d'un tempérament sec et bilieux. Elle a toujours été bien réglée, et a toujours joui d'une bonne santé jusqu'à l'âge de trente-neuf ans. A cette époque, la menstruation cessa d'être régulière; il y eut d'abord une perte sanguine considérable, ensuite les règles durèrent plus longtemps et coulèrent plus abondamment que de coutume. La malade dut garder le lit très-souvent; elle s'affaiblit, et maigrit considérablement. Cet état de santé dura dix ans, et ne cessa qu'il y a trois ans, lorsque les règles se supprimèrent complétement. La ménopause n'amena aucune perturbation fonctionnelle chez Mlle P..., si ce n'est des bouffées de chaleur vers la tête et la poitrine, qui apparaissaient fréquemment, et dont elle se plaint encore. Du reste, aucune douleur nulle part : la malade n'a jamais eu de rhumatismes.

C'est en mars 1852, en se brossant les dents avec une brosse assez douce, trempée dans de l'eau chaude, qu'elle éprouva une douleur subite, instantanée, mais excessivement vive, qui traversa la joue droite comme une fusée, suivant son expression. La malade l'attribua à l'action de la brosse sur la gencive, et lui prêta d'abord peu d'attention. Quelques jours après, en se mouchant, elle ressentit la même douleur, qui, encore cette fois, disparut sans laisser de traces, mais qui se reproduisait chaque fois qu'elle se mouchait. En septembre, la maladie s'aggrava sans cause connue; les douleurs, jusque-là très-éloignées, se reproduisaient plus vives lorsque la malade faisait le moindre mouvement pour parler ou pour manger. En même temps elles changèrent de siége; quittant presque tout à fait la joue, elles

se portèrent surtout sur le côté droit du nez. Des sangsues appliquées derrière l'oreille, et des frictions avec l'huile de croton tiglium, pratiquées sur le cou, amenèrent un soulagement notable au bout de huit ou dix jours.

L'hiver fut assez bon; les douleurs apparaissaient à de rares intervalles. La malade s'abstenait soigneusement de se moucher. Pendant les mouvements de la mastication et de la parole, elles étaient supportables.

En avril 1853, un éternument provoqua un accès très-violent de la névralgie; c'était comme une brûlure, une meurtrissure dans le nez et la joue. Le lendemain et les jours suivants, nouveaux accès de plus en plus fréquents, au point que le quatrième jour ils se succédaient presque sans interruption; cependant la malade ne souffrait pas la nuit. Elle fit usage de pilules de Méglin, et tout se calma encore une fois.

En mai, nouvel accès de névralgie, combattu inutilement par des sangsues.

En juin, nouvel accès à la suite d'une entorse.

Au mois d'août, la malade vint à Paris; elle y consulta un célèbre professeur de la Faculté, qui ordonna une saignée, de l'eau de Sedlitz et des pilules de Méglin. L'emploi de ces moyens procura seulement huit jours de calme imparfait; les douleurs revinrent ensuite comme avant.

En octobre, nouvel accès, combattu par des vésicatoires, qui donnèrent du soulagement.

En novembre, la malade, s'étant exposée au froid, fut reprise de ses douleurs. Celles-ci revinrent le lendemain et les jours suivants.

Elle se rendit une seconde fois à Paris, où elle fut visitée par M. Jobert (de Lamballe) et par M. le professeur J. Cloquet.

Pendant les quelques jours qui précédèrent l'opération, les douleurs furent excessivement vives; elles se reproduisaient au moindre mouvement non-seulement de la langue et des lèvres, mais encore du reste du corps, et, pendant la nuit, en l'absence de tout mouvement. La joue ni le nez n'étaient le siége d'aucune tuméfaction, d'aucune rougeur; mais le moindre attouchement, surtout de la muqueuse labiale ou nasale, déterminait des douleurs très-vives. La sécrétion de ces muqueuses n'était nullement modifiée, non plus que celle des glandes salivaires voisines.

Le 20 janvier 1854, M. Jobert, en présence de M. J. Cloquet, incisa le cul-de-sac muqueux qui unit la lèvre à la mâchoire supérieure, et divisa le nerf sous-orbitaire à sa sortie du canal sous-orbitaire. Il porta ensuite profondément, dans la plaie, deux petits cautères olivaires chauffés à blanc.

La malade avait préalablement inspiré des vapeurs de chloroforme.

Après l'opération, elle se gargarisa avec de l'eau froide.

Février 1854. Depuis qu'elle a subi l'opération, la malade, qui est très-inquiète au sujet de la récidive de son mal, et qui s'observe très-attentivement, n'a ressenti qu'un léger frémissement dans les parties qui étaient le siége de la douleur. La joue, le nez et la lèvre du côté droit ont perdu toute sensibilité; la dernière semble un peu pendante; la cicatrisation n'est pas encore complète.

Le 1er mars, j'ai examiné de nouveau la malade, qui m'a fourni les données suivantes:

1° Il y avait insensibilité de la lèvre et de la joue droites.

2° L'eau et les boissons ne sont appréciées que de la lèvre gauche.

3° La lèvre droite est abaissée au-dessous du niveau de la lèvre gauche.

4° La lèvre et la joue droites sont appliquées sur les dents correspondan-

tes, et la langue met un certain effort pour écarter la joue et les lèvres de ce même côté.

5° Sensation de pesanteur du côté droit éprouvée par la malade.

Le 5 mars, j'ai voulu de nouveau m'assurer de l'état de notre opérée, et voici ce qu'un examen attentif m'a fourni :

En promenant les yeux sur la physionomie de la malade, on est frappé tout d'abord par l'affaissement de la lèvre droite, qui n'offre aucune ride et qui déborde légèrement la surface libre gauche de la lèvre.

En promenant le doigt ou un corps étranger sur la peau ou la muqueuse, on ne développe aucune sensibilité, ou tout au moins elle est si obtuse, que la malade ne peut se rendre compte de l'espèce d'impression qu'elle apprécie parfaitement lorsque, du côté opposé, on la soumet aux mêmes épreuves.

La circulation des téguments ne paraît avoir éprouvé aucun changement, puisque la coloration est la même à droite et à gauche.

Sous l'influence de la volonté, la malade ne peut élever la lèvre du côté droit aussi haut que celle du côté gauche. Pendant le rire, la différence est extrêmement appréciable.

On touche la joue et la lèvre, comme on le veut, sans provoquer de douleurs, ni ce que la malade appelle choc électrique.

On retrouve encore quelques traces de suppuration sur la membrane muqueuse buccale.

La malade accuse quelquefois des sensations pénibles dans le lobule du nez; mais elle est si inquiète et tellement craintive de l'apparition de nouvelles crises, qu'on ne peut pas croire au jugement qu'elle porte sur ce qu'elle éprouve.

Cette opération, exécutée en présence de mon savant et excellent maître le professeur J. Cloquet, n'a exposé la malade à aucune difformité; d'un autre côté, ajoute M. Jobert, l'exécution en a été aussi simple que possible, puisqu'il a suffi d'attaquer la muqueuse buccale pour arriver sur le nerf, sans aucune difficulté, et sans intéresser des parties importantes.

Le travail inflammatoire a été limité, et l'engorgement circonscrit n'a été l'origine ni d'abcès, ni de suppuration sérieuse; le trouble local a été modéré. L'engorgement borné aux lèvres de la plaie a donc produit les effets de la brûlure extérieure, et, en plus, a agi sur le tronc du nerf, comme modificateur.

Depuis l'opération, rien ne dénote la récidive du mal, car je ne considère pas comme telle quelques inquiétudes qui ont été signalées sur le sommet du nez. Ce ne serait, d'ailleurs, qu'au-dessus de la section que l'on aurait pu découvrir quelques symptômes de récidive de la névralgie; il est à croire qu'elle n'aura pas lieu, la substance nerveuse ne pouvant se reproduire, à cause de la perte de substance déterminée par le fer rouge.

Le temps que mettra la nature à rétablir la sensibilité et le mouve-

ment, par un mécanisme à nous inconnu, sera plus que suffisant pour mettre la malade à l'abri d'une récidive.

Les réflexions que cette observation suggère, en ce qui est relatif à la physiologie, indiquent le rôle que joue cette portion de la cinquième paire dans les fonctions de la lèvre supérieure. Rien n'est, en effet, plus remarquable que la section du nerf sous-orbitaire, sous le rapport de son influence sur la sensibilité tégumentaire et de la contraction musculaire.

C'est ainsi que la muqueuse et la peau ne peuvent plus apprécier les changements de température, et que le contact direct des boissons et des corps solides est inapprécié.

Ce fait ne démontre-t-il pas aussi l'importance des expériences modernes de sir Ch. Bell, Magendie, Flourens, etc., en ce qui est relatif aux usages de ce nerf?

Il est curieux de suivre les changements que cette opération a apportés aux mouvements de la lèvre. L'impossibilité où se trouve la malade de remonter la lèvre droite, par l'influence de la volonté, aussi haut que la gauche, et son abaissement au-dessous du niveau de celle-ci, prouvent que ce nerf ne sert pas seulement à la sensibilité, mais bien qu'il contribue, avec le nerf facial, à animer les muscles moteurs de la lèvre et de la joue. Il y a donc eu ici modification seulement dans le mouvement. En conséquence, le nerf sous-orbitaire, dans de certaines proportions, contribue à animer les muscles des lèvres, puisqu'ils perdent une partie de leur faculté contractile par sa section.

Toutefois, cette opération a surtout fait peser ses effets sur les membranes tégumentaire et muqueuse, dans lesquelles ses filets viennent surtout se ramifier.

Trichiasis ; excision du bord libre de la paupière ; insuccès. — Rien de plus fréquent que de rencontrer l'entropion compliqué de trichiasis ; cette difformité est des plus difficiles à guérir ; aussi combien d'opérations ont été proposées contre cette maladie si rebelle ! Parmi ces opérations, il en est une qui consiste à enlever le point du bord libre sur lequel siégent les bulbes des cils déviés. Au n° 49 de la salle des hommes du service de M. Velpeau, se trouvait récemment un malade affecté d'entropion, avec trichiasis. Un chirurgien de la ville lui a pratiqué l'opération que nous venons de rappeler, et quoique l'excision ait été faite largement, la guérison du trichiasis n'a pas eu lieu. Dans la partie moyenne du bord libre de la paupière, celle qui a été le plus échancrée, il reste un petit paquet de poils, qui provoque les mêmes accidents qu'avant l'opération. Il y a quelques follicules qui, sans nul

doute, ont échappé à l'action de l'instrument. Par suite de cette circonstance, le malade a vu un entropion venir s'ajouter à son trichiasis. Nous notons le fait, sans commentaires, voulant seulement l'enregistrer, afin qu'il puisse servir le jour où l'on voudra apprécier la valeur de ce mode de ce traitement.

RÉPERTOIRE MÉDICAL.

ACIDE URIQUE (*Nouveau procédé pour reconnaître la présence de l') dans le liquide des hydropisies survenues dans le cours de la néphrite albumineuse, du rhumatisme et de la goutte*. La difficulté des procédés analytiques de chimie organique empêche aujourd'hui fréquemment les médecins d'examiner les produits morbides au point de vue chimique. Aussi toute simplification des procédés d'analyse organique doit-elle être signalée avec empressement. On sait le rôle considérable que des théories modernes ont fait jouer à la rétention des principes excrémentitiels de l'urine, comme cause d'accidents sérieux survenant dans la néphrite albumineuse, la goutte, etc.; ces doctrines s'appuyaient sur un fait certain, la constatation de la présence en excès de l'acide urique dans le sang et dans le liquide des hydropisies. La vérification de ce phénomène de pathologie avait été réservée jusqu'ici aux chimistes; le procédé suivant, dû à M. Garrod, vient mettre ces expériences à la portée des praticiens. Voici le procédé, tel que l'honorable professeur du collége de l'Université vient de l'exposer devant la Société médico-chirurgicale de Londres : on place dans un verre à fond plat 4 à 8 gr. de sérum du sang ou de sérosité; on y ajoute 1 ou 2 grammes d'acide acétique. Dans ce liquide, qu'on laisse évaporer à une température douce et uniforme, on fait plonger un fil sur lequel viennent se déposer les cristaux d'acide urique, aisément reconnaissables à l'examen mi-microscopique. Par ce procédé on constate la présence de l'acide urique, quand il y a au moins 1/25 de grain de ce produit dans 1,000 grains de sérosité. Quand l'acide urique est moins abondant, ce procédé ne permet plus de le reconnaître. Cependant, il est assez sensible pour que M. Garrod ait pu découvrir de l'acide urique dans la sérosité d'un vésicatoire appliqué à un malade atteint d'une néphrite albumineuse. (*Med. Times and Gaz.*, et *Gaz. hebdom.*, mai.)

ARSENIC (*Sur les mangeurs d'*), ou *arsenicophages*. Il est des choses qu'il faut bien accepter, malgré ce qu'elles présentent d'étrange et d'extraordinaire, lorsqu'elles se produisent avec un ensemble de preuves qui semblent leur donner une véritable authenticité. Il y a déjà quelques années, nous avons lu, dans les journaux anglais, quelques détails, empruntés au Journal de médecine de Vienne, dans lesquels M. Tschudi appelait l'attention sur un usage répandu, suivant lui, dans certaines contrées de la basse Autriche et de la Styrie, et qui consiste à manger de l'arsenic. Nous n'avions pas cru devoir donner de la publicité à des faits de ce genre; d'abord, parce que nous avions quelques doutes sur leur réalité, mais aussi, dans la crainte de propager l'emploi d'une substance aussi fortement vénéneuse, et pouvant donner lieu si facilement à des crimes ou à des suicides. Mais aujourd'hui, que M. Tschudi a rapporté des faits nouveaux et qui paraissent suffisamment concluants; aujourd'hui que ces faits ont reçu une grande publicité par les journaux médicaux, et même par les journaux politiques, nous croyons devoir mettre sous les yeux de nos lecteurs les faits rapportés par M. Tschudi.

Il paraîtrait donc bien avéré que l'usage de l'arsenic est assez répandu dans les montagnes de l'Autriche, de la Styrie, et surtout à Salzbourg et dans le Tyrol, parmi les paysans de ces divers pays, et que la dose qu'ils en ingèrent dépasse toutes les quantités qu'on est habitué à regar-

der comme toxiques, puisqu'ils arrivent peu à peu à en prendre 3 grains et demi, ou 4 grains. Et non-seulement ils ingèrent cette quantité d'acide arsénieux, dans un double but, qu'ils atteignent souvent, celui de se donner un air frais et de l'embonpoint, et de faciliter la respiration pendant la marche ascendante; non-seulement ils ne présentent aucune trace de cachexie arsenicale, lorsqu'ils savent approprier la dose parfois très-considérable du toxique à leur constitution et à leur tolerance, mais encore la suspension de l'usage de l'arsenic, par quelque cause que ce soit, sera toujours suivie de phénomènes morbides, qui ressemblent à ceux produits par l'intoxication arsenicale à faible degré, tels que un grand malaise joint à une indifférence considérable pour tout ce qui les entoure, de l'anxiété pour leur personne, des troubles dans la digestion, de l'anorexie, une sensation de plénitude stomacale, des vomissements glaireux le matin, avec ptyalisme, du pyrosis, de la constriction spasmodique du pharinx, des tranchées, de la constipation, et surtout des difficultés respiratoires.

Les arsenicophages nient, pour la plupart, opiniâtrément l'emploi qu'ils font de cet agent; néanmoins, M. Tschudi a appris de l'un d'eux, âgé de soixante-trois ans, et qui en faisait usage depuis l'âge de vingt-neuf ans, qu'il en avait pris plusieurs fois 8 ou 10 grains par mois. Il avait commencé par un petit fragment de 1 grain au plus, et était arrivé graduellement à 3 ou 4 grains; au delà, il avait éprouvé des accidents. Cet homme, qui avait toujours été bien portant, sauf une pneumonie, et qui avait toujours été remarquable par son immunité contre la gale, avait cessé de faire usage de l'arsenic depuis deux ans; mais il en éprouvait des inconvénients. En somme, en trente-cinq années, il pouvait avoir pris de 20 à 22 onces d'arsenic, sans que la quantité épouvantable de ce poison ait produit autre chose qu'une altération avec raucité de la voix, phénomène très-général chez les arsenicophages.

Dans l'élève des animaux, dans ces divers pays, l'emploi de l'arsenic est chose vulgaire, pour donner du feu et de l'embonpoint aux chevaux, pour pousser à l'engraissement les bœufs et les veaux; mais on a remarqué que les animaux ainsi engraissés ont un poids moindre que celui apparent. Les paysans qui se livrent à cette pratique sont même connus sous le nom de *hidribauer* (paysan à l'arsenic); la dose ne dépasse que très-rarement 3 ou 4 grains, et on donne quelquefois, à la suite, un purgatif aloétique. Tschudi fait allusion, au sujet de cette pratique, à ce qui se passe pour l'opium en Orient, pour le bétel aux Indes et en Polynesie, pour le cocca au Pérou. Mais il y a plus : dans certains pays il se passe, pour le sublimé, quelque chose d'analogue à ce qui a lieu pour l'arsenic en Autriche. Dans les montagnes du Pérou, par exemple, et en Bolivie même, le sublimé corrosif est vendu aux Indiens, en plein marché de comestibles. (*Wien. Zeitschrift*, et *Journal de méd. de Bruxelles*, mai.)

ASCITE. *Guérison par une seule ponction.* Combien de médecins aux yeux desquels la paracentèse n'est qu'un moyen palliatif de dernier ordre, à employer seulement lorsque tous les autres moyens ont échoué! Il est bien certain cependant que si, au lieu d'attendre autant qu'on le fait ordinairement, pour recourir à la ponction abdominale, que les viscères aient subi une véritable macération, que la cavité abdominale soit excessivement distendue, et que la plupart des grandes fonctions de l'économie aient beaucoup souffert, on pratiquait la paracentèse, dès que l'épanchement se montre un peu rebelle, on obtiendrait plus souvent de succès. Et la preuve, c'est la pratique si souvent heureuse de quelques médecins du dernier siècle, c'est la guérison complète et durable qui a suivi, dans certains cas, la ponction que le médecin ne croyait que palliative. C'est ce qui donne un véritable intérêt à l'observation suivante :

Le 2 janvier 1852, entrait à Charing-Cross hopital, dans le service de M. Chowne, une femme de cinquante-trois ans, pour se faire traiter d'une ascite. Cette femme, d'une très-bonne constitution, mais qui avait éprouvé des chagrins, entre autres celui d'avoir la maladie syphilitique, que son mari lui avait communiquée, s'était aperçue, depuis dix-huit mois, qu'elle avait, le soir, en se couchant, du gonflement aux membres inférieurs. Peu à peu l'œdème s'était étendu plus haut, sur les membres

inférieurs, et, cinq mois auparavant, elle avait vu son ventre se gonfler, en terminant de bas en haut. A cette époque, sa santé commença à s'altérer : faiblesse, perte d'appétit, douleur dans l'abdomen et dans les cuisses, mais rien qui pût faire croire à l'existence antérieure d'une péritonite. L'examen de la malade ne fit reconnaître aucun symptôme de madies du foie ou de la rate; l'ascite était des plus évidentes, les urines ne précipitaient ni par les acides ni par la chaleur. Néanmoins la face était animée, la respiration difficile (la malade ne pouvant rester étendue dans son lit), la langue nette et humide, le pouls petit, à 90°, la soif vive, l'appétit perdu, les garderobes irrégulières.

Diurétiques et purgatifs furent employés en premier lieu, mais sans aucun résultat. On passa ensuite aux préparations mercurielles, qui furent continuées pendant un certain temps et qui eurent de bons résultats pour la santé générale. Mais l'abdomen ne s'en développait pas moins de jour en jour, et de manière à gêner la respiration. Bref, la respiration devint si gênée, que la malade dut rester assise dans son lit, et que, sans maladie organique, ses forces décrurent rapidement. L'ascite avait-elle son point de départ dans une péritonite latente, dans un engorgement temporaire du foie, ou dans un simple défaut de balancement entre la sécrétion et l'absorption? Toujours est-il qu'il fallait débarrasser la malade de son épanchement, sous peine de la voir succomber rapidement. La paracentèse fut donc pratiquée et, contre toute attente, après quelques jours, pendant lesquels la malade s'étant sentie très-faible, une amélioration commença à se manifester dans son état, non-seulement dans la respiration, mais encore dans l'appétit et la digestion. Les fonctions digestives étaient régulières, ainsi que les fonctions rénales; les forces avaient reparu. On se borna, par conséquent, à un régime légèrement tonique et fortifiant, avec un laxatif de temps en temps. Bref, il ne fallut pas revenir à l'opération; la convalescence marcha sans interruption aucune, et la malade quitta l'hôpital parfaitement guérie. Il importait de savoir si cette guérison ne se démentirait pas. La malade ne fut pas perdue de vue par M. Chowne, et il y a maintenant deux années que la ponction a été faite sans qu'il y ait eu récidive. (*The Lancet*, février.)

BEC-DE-LIÈVRE. *Avantages de son opération précoce.* Il subsiste encore quelque hésitation parmi les chirurgiens, pour déterminer dans quel sens doit être décidée la question de savoir s'il convient d'opérer le bec-de-lièvre aussitôt après la naissance, ou d'attendre que les premières années se soient écoulées. D'assez bonnes raisons, et également fortes, appuient, en effet, l'une et l'autre manière de voir. Mais, si le doute est permis dans les cas simples, il n'en est plus de même lorsque la fissure de la lèvre se trouve compliquée de la fente de la voûte palatine. Alors la réunion de la fissure labiale doit être pratiquée; car elle a le plus puissant effet pour amener l'oblitération de la solution de continuité palatine, tandis que, remise plus tard, elle perdrait la plus grande partie de l'influence qu'elle possède pour arriver à cet heureux résultat. M. H. Smith vient, par de nouveaux exemples, tirés de sa pratique, appuyer cette doctrine, et montrer avec quelle rapidité la nature, sollicitée par la suture labiale, parvient à fermer les fentes palatines dont il est question. Ainsi il opéra, il y a trois ans, un enfant de quatre jours, affecté de cette double difformité; il l'a revu il y a peu de jours. La partie antérieure de la division palatine est bouchée : — un très-jeune enfant fut opéré il y a deux ans. La difformité était considérable; aujourd'hui, la lèvre supérieure est admirablement bien développée, et le palais, jadis fissuré, est sans ouverture. — Enfin, dans un troisième cas, il existait un vide immense entre les deux moitiés de la lèvre, de la voûte et du voile palatins. L'opération ne date que d'un an; la partie antérieure de l'écartement est complétement remplie. L'auteur ajoute un quatrième cas, opéré par M. Bateman, dans lequel les résultats de l'opération pratiquée dans les mêmes circonstances, quatre jours après la naissance, furent exactement semblables aux siens. — Nous avons montré qu'en mettant en œuvre les appareils compresseurs, on hâtait encore le resserrement des fissures palatines, et qu'on assurait surtout la cicatrisation de la plaie des lèvres.

Cet enseignement ne doit pas être perdu de vue dans les cas où la difformité est considérable. (*The lancet* et *Gaz. hebdom.*, mai.)

BICHROMATE DE POTASSE (*Accidents particuliers produits par la fabrication du*). Nous consignons toujours avec intérêt, dans notre journal, tout ce qui est relatif à l'action toxique exercée par les divers produits qu'on emploie dans les arts ou dans l'industrie. C'est, en effet, le meilleur moyen de mettre les médecins en garde contre des erreurs dont le moindre inconvénient est de faire perdre un temps précieux, et souvent de faire subir aux malades un traitement sans efficacité, et qui n'est pas toujours sans inconvénient. Aujourd'hui, il s'agit du bichromate de potasse, sel fort employé dans les arts, et qui aurait, dit-on, pour résultat de produire, chez les ouvriers qui travaillent à sa fabrication, des maux de gorge ulcéreux. Voici, du reste, le fait sur lequel s'appuie M. Heathcote pour admettre cette action toxique particulière :

Je fus appelé, dit ce médecin, le 2 août dernier, à donner des soins à un homme de trente ans, non marié et d'une constitution assez frêle, qui était affecté, depuis trois mois, d'un mal de gorge ulcéreux, pour lequel il avait été traité sans succès depuis plus de trois mois, et qui l'avait plongé dans un grand état d'amaigrissement et d'épuisement. Il y avait, en effet, plusieurs ulcérations sur les amygdales et dans l'arrière-gorge, dont la surface était tapissée par une exsudation de couleur cendrée, et au pourtour la membrane muqueuse était brune, livide et tuméfiée. Pouls à 120, vif et petit, soif intense; perte de sommeil; langue un peu rouge et sèche; difficulté dans la déglutition, à cause de l'état de la gorge. Pensant à une angine syphilitique, M. Heathcote commença le traitement par l'administration de l'iodure de potassium et des pilules mercurielles; mais, quatre ou cinq jours après, les ulcérations s'étant agrandies, notre confrère s'informa auprès du malade et apprit qu'il travaillait, chez un fabricant de produits chimiques, à faire cristalliser le bichromate de potasse, et que c'était une maladie à laquelle les ouvriers étaient sujets dans cette fabrication. Son père, âgé de cinquante-cinq ans, était mort, quelques mois auparavant, avec une ulcération semblable à la gorge. M. Heathcote toucha les ulcérations deux fois par jour avec un pinceau trempé dans une solution de 0,10 de nitrate d'argent dans 30 grammes d'eau distillée, et lui prescrivit, à l'intérieur, des pilules de 3 milligrammes de bichlorure de mercure, une toutes les quatre heures. Ce traitement fut continué pendant vingt jours environ, et, sous son influence, la gorge devint moins douloureuse, la sensation de suffocation diminua, les ulcérations marchèrent vers la cicatrisation; la fièvre seule persista pendant quelques jours. Le 14 août, les ulcérations étaient couvertes de bourgeons charnus; gencives légèrement affectées; cette action mercurielle s'établit mieux encore les jours suivants. Le 20, les ulcérations étaient presque cicatrisées. Pouls à 90, langue nette et bon appétit. Le 30, la cicatrisation était complète; la gorge offrait seulement une teinte plus rouge que d'habitude; le pouls était à 80. Très-bon état. Cette guérison ne s'est pas démentie. M. Heathcote ajoute qu'il a eu, depuis, l'occasion de voir un certain nombre de cas semblables parmi les ouvriers employés à la fabrication du même sel, et que le même traitement lui a parfaitement réussi. (*The Lancet*, 1854.)

MALADIES DU CŒUR (*Bons effets des préparations mercurielles dans certaines formes de*). On n'emploie pas assez souvent, en France, les préparations mercurielles, et l'on se prive par suite, volontairement, d'une des précieuses ressources dont la thérapeutique dispose. Nous croyons donc être agréable à nos lecteurs en leur faisant connaître ce que dit M. Stokes, dans l'excellent traité qu'il vient de publier sur les maladies de cœur, des indications des préparations mercurielles dans ces maladies. Il est une maladie du cœur, dit ce savant médecin, à laquelle on a donné le nom de dilatation, parce qu'effectivement c'est, avec l'affaiblissement de la puissance contractile, l'altération principale qui porte sur cet organe. Cette maladie se montre, en général, chez des hommes avancés en âge, de cinquante à soixante-dix ans, robustes et bien portants autrefois, mais ayant été attaqués, à des divers degrés de la goutte, laquelle, après

s'être montrée pendant longtemps chez eux sous une forme régulière, devient incomplète ou larvée. Ces hommes sont sujets à une bronchite, qui s'aggrave avec les autres symptômes et arrive jusqu'au catarrhe suffocant. Le foie est constamment augmenté de volume, sans qu'il y ait d'ictère le plus souvent, et le gonflement du foie est indolent; rarement les veines épigastriques sont dilatées. Quant à l'état du cœur, toujours il y a irrégularité permanente des battements, augmentant pendant les paroxysmes de souffrance; mais tantôt on retrouve les signes physiques qui amènent une hypertrophie avec maladie des valvules, portant sur les deux orifices du ventricule gauche; tantôt, au contraire, ce sont purement et simplement les signes de la dilatation du cœur, sans rien qui indique une maladie des valvules. De temps en temps, il survient une hydropisie qui, débutant par les extrémités, ne tarde pas à envahir tout le corps, si on n'y met obstacle. En général, l'hydropisie est précédée par une diminution dans la sécrétion rénale; le cœur devient plus excité et plus irrégulier; le foie se gonfle comme une tumeur érectile, et les poumons se congestionnent. Il survient ensuite de l'orthopnée, des accès de suffocation, de l'ascite, et peu à peu les forces du malade s'épuisent, jusqu'à la terminaison funeste.

C'est contre ce terrible appareil symptomatique, dit M. Stokes, que les préparations mercurielles font merveille. Sous leur influence, l'anasarque disparaît, le gonflement hépatique diminue, le cœur revient à ses proportions habituelles, ce qui ne veut pas dire normales, et, pendant un certain temps, plus ou moins long, les malades peuvent reprendre les occupations d'une vie active et laborieuse.

Comme il est facile de le concevoir, la quantité du médicament qui est nécessaire varie suivant les différents cas. Dans quelques-uns, il faut aller jusqu'au ptyalisme, tandis que, dans d'autres, il suffit d'un traitement très-modéré, sans action caractéristique, ou avec action très-peu marquée, excepté la diurèse, pour soulager les symptômes cardiaques et faire disparaître l'hydropisie. Dans d'autres cas, il est nécessaire d'avoir recours aux diurétiques après le traitement mercuriel, et, de cette manière, on obtient souvent un flux très-abondant d'urine, avec disparition rapide de l'hydropisie et de l'oppression viscérale. Il faut alors faire usage de diverses combinaisons de diurétiques végétaux et salins; on peut même faire usage de la digitale, en l'associant à des diurétiques de l'ordre des toniques et des stimulants. Mais le succès des diurétiques est toujours subordonné à l'emploi préalable des mercuriaux. Les mêmes diurétiques qui avaient échoué à cette époque réussissent alors très-bien.

Mais, pour arriver à ces résultats désirés, il ne faut apporter aucune timidité dans l'administration des préparations mercurielles. Rien n'est plus remarquable, au contraire, que la facilité avec laquelle les malades supportent des traitements mercuriels prolongés, non-seulement sans inconvénient, mais même avec les avantages les plus merveilleux pour leur santé. Dans quelques cas, on suspend pendant un temps indéfini la marche des symptômes, en continuant le médicament à petite dose; le malade reprend de l'embonpoint, de l'appétit, des forces et un bon aspect. Dans d'autres cas, en revenant, à de courts intervalles, à un traitement mercuriel très-modéré, on parvient, comme je l'ai vu, à conserver la vie au malade pendant des années et à lui permettre de continuer sa profession. Le célèbre chirurgien, M. Colles, avait subi ainsi trente traitements mercuriels. A la longue, cependant, l'action du médicament s'épuise, l'hydropisie survient, et les malades succombent. Un traitement tonique, du vin généreux, une alimentation convenable, sont indispensables pour soutenir les forces des malades pendant ces traitements. — Rappelons que le mode d'administration du mercure a consisté le plus souvent à faire prendre au malade de 1 à 2 grammes de calomel dans les vingt-quatre heures, sauf à y ajouter, dans certains cas, des frictions mercurielles. Nous sommes heureux de déclarer que nous avons dû récemment à ce traitement un succès des plus remarquables, dans un cas où l'hydropisie se reproduisait pour la troisième fois et avait résisté déjà, depuis plus de trois semaines, aux diurétiques et aux purgatifs. (*Diseases of the heart*, 1853.)

PHTHISIE PULMONAIRE. *Coup d'œil sur son traitement, et spécialement sur l'emploi de l'huile de foie de morue.* Depuis les travaux de Rogée, depuis l'époque où la phthisie a été reconnue comme maladie curable, des recherches nombreuses se succèdent sur la valeur des traitements appliqués à cette redoutable maladie. L'huile de foie de morue paraît être en Angleterre, comme en France, l'agent thérapeutique le plus généralement adopté; nous avons eu déjà l'occasion de signaler le jugement porté par M. Williams, puis par M. Walshe, dans leurs rapports médicaux de l'hôpital des phthisiques de Londres. Le nouveau médecin de cet établissement, M. Thompson, vient témoigner, à son tour, des ressources offertes par l'huile de foie de morue. Nous n'avons pas à insister sur les indications du médicament tracées par M. Thompson, elles sont aujourd'hui connues de tous les praticiens, et nous pouvons nous borner à mentionner les règles générales qui président à son emploi dans l'établissement anglais. La diarrhée, l'hémoptysie ne sont pas pour ce médecin un obstacle à son administration. L'huile est donnée à la dose de 15, 30 et 50 grammes par jour, à doses fractionnées. L'auteur l'associe souvent avec les alcalins, d'autres fois avec les acides, l'acide citrique, par exemple; ou bien on y joint quelques gouttes de créosote, ou une infusion de feuilles de noyer. Loin de proscrire le fer, M. Thompson le donne, soit seul, soit associé à l'iode; cette dernière préparation est également administrée seule, ou sous forme d'iodure de potassium. Plusieurs essais entrepris, déjà depuis longtemps, dans l'hôpital, ont convaincu l'auteur de l'inefficacité des huiles végétales; au contraire, il attache une grande valeur aux différentes huiles de poisson. Quelques symptômes de la phthisie exigent un traitement spécial; la diarrée est traitée par la médication habituelle; seulement, nous devons signaler le charbon, que l'auteur met souvent en usage dans les diarrhées des phthisiques. L'acide prussique a été employé avec avantage pour calmer la toux. (*Clinical lectures on Pulm. consumpt.*, 1854.)

RAGE (*Emploi de l'asperge officinale contre la*). C'est s'exposer à exciter le sourire et peut-être même l'indignation de quelques-uns de nos lecteurs, que de venir parler d'un moyen contre la rage, et surtout d'un moyen aussi simple et aussi vulgaire que l'asperge officinale; mais, cependant, quand on est bien convaincu de l'insuffisance des moyens dont la thérapeutique dispose, quand on sait qu'à part la cautérisation pratiquée un temps très-court après la morsure, aucune médication n'est parvenue jusqu'ici à enrayer la marche de cette terrible maladie, et quand il s'en présente une sous le couvert d'une autorité aussi respectable que le directeur du jardin botanique d'Athènes, M. le docteur Chairétès, on est un peu plus disposé à ne pas rejeter, sans discussion et sans vérification, un traitement recommandé contre la rage. Ce qui manque malheureusement à la communication de M. Chairétès, ce sont les faits concluants. Ainsi, ce médecin parle de deux cas observés par lui, au Canada, chez des personnes mordues par des chiens véritablement enragés; mais ces personnes ne présentaient pas encore les symptômes confirmés de l'hydrophobie: tout se réduisait à de l'engourdissement dans la partie qui avait été mordue, à des ptyalismes et à une sensation de brûlure dans la gorge. Or, on sait que, d'une part, toutes les personnes mordues ne sont pas, à beaucoup près, prises de la rage, et, d'autre part, que les personnes mordues par des animaux enragés peuvent présenter des phénomènes nerveux susceptibles de donner le change. Ces deux faits perdent beaucoup de leur valeur. Reste donc un troisième fait, relatif à un jardinier âgé de cinquante-un ans, qui avait été mordu, au médius de la main gauche, par un chien enragé, et qui s'était borné, suivant l'usage populaire, à appliquer des poils du chien et les cendres de ce même chien qui avait été brûlé, et à boire une décoction de la plante appelée, en Grèce, *phanéroméaï*. Trois mois et quelques jours après cet accident, il était pris d'un malaise général et d'un engourdissement qui partait de la plaie, gagnait tout le long, et, à la suite, d'un frisson. Dès le lendemain, il y avait de la répugnance pour les boissons, et cette répugnance ne tarda pas à devenir invincible, malgré les efforts que le malade faisait pour surmonter sa répulsion et lo

spasme du pharynx. Ce fut à ce moment que M. Chairétès lui prescrivit de manger de jeunes tiges d'asperges. La déglutition était d'abord assez difficile et gênée surtout par un ptyalisme abondant ; mais cette difficulté disparut peu à peu, et, trois heures après, lorsque notre confrère revint, le malade, qui avait continué à manger ces jeunes tiges d'asperges, se trouvait beaucoup mieux ; il avait dormi près de deux heures, et l'engourdissement du bras avait diminué. On continua ce moyen, et le lendemain le malade paraissait mieux : il avait dormi avec calme, et avait transpiré abondamment ; dans la soirée, il avait demandé à boire, et bu un demi-verre d'eau sans difficulté, lorsqu'une scène fâcheuse vint faire perdre tout ce que l'on avait gagné. Deux gendarmes s'étaient présentés pour avoir des renseignements sur l'état du malade; celui-ci en fut si effrayé, qu'il devint furieux, et, s'échappant dans les rues, il entra dans un café où il but avec avidité de l'eau à un seau qui se trouvait là, dans le but probablement de prouver qu'il n'était pas enragé. Saisi par un agent de police, il fut terrassé et conduit dans un établissement voisin, où il succomba, dix-huit heures après, dans un accès de frénésie.— Comme on le voit, M. Chairétès ne compte aucun fait de guérison bien certain, et cette suspension d'accidents, éprouvée par son troisième malade, n'est pas un fait absolument sans exemple dans l'histoire de la rage; cela ne nous empêche pas de penser qu'on pourrait peut-être essayer ce moyen dans cette affection ; mais nous avons la conviction qu'il échouera malheureusement comme tous les autres. (*The Lancet.*)

SAIGNÉES GÉNÉRALES (*Avantages des*) *au début des inflammations aiguës et des maladies inflammatoires.* Il semble que ce titre cache une banalité. Qui donc conteste l'efficacité des émissions sanguines dans le traitement des inflammations, surtout au début? Personne, sans doute; mais si l'on passe de la théorie à la pratique, combien de médecins, en présence d'un état morbide qui débute et qui souvent n'est pas encore très-bien caractérisé, hésitent, balancent, remettent au lendemain une émission sanguine générale, qui ferait peut-être avorter aujourd'hui une phlegmasie qui, demain, résistera avec une grande ténacité, puisqu'elle aura eu le temps de faire de grands progrès! Chercher à pénétrer aussi loin que possible dans la connaissance de l'état morbide qui se prépare, tel est l'objet principal que le médecin doit avoir en vue; car nul doute qu'on ferait avorter plus souvent les phlegmasies, si les moyens convenables étaient employés en temps utile. Mais, répondra-t-on, les phlegmasies sont loin de réclamer d'une manière générale l'emploi des émissions sanguines. Il est nombre de cas dans lesquels on réussit, sans leur intervention, à obtenir la guérison. Rien de mieux; mais, comme le fait remarquer l'auteur d'un article sur ce sujet, M. Cumming, si sur cent cas, par exemple, il en est quatre-vingts dans lesquels la saignée est une chose indifférente, dix dans lesquels elle peut être contre-indiquée ou nuisible, il en est dix autres dans lesquels la vie du malade est au prix de la saignée, de sorte qu'en somme, les malades auraient plus à se louer d'un médecin qui saignerait dans presque tous les cas, que de celui qui ne saigne jamais. C'est à la démonstration de ce fait que M. Cumming a consacré son attention, et c'est dans ce but qu'il a rapporté un assez grand nombre de faits d'œdème aigu des poumons, de péritonite simple et puerpérale, de pleurésie, de pneumonie, de convulsions, dans lesquels la marche des accidents, qui semblait se précipiter, a été en quelque sorte enrayée par la saignée générale. A côté de ce fait, M. Cumming en a rapporté dans lesquels la saignée n'a été pratiquée qu'un certain temps après le début des accidents, et la résistance de la maladie a montré combien la saignée générale, au début, est une pratique heureuse et convenable. En résumé, dit M. Cumming, à moins de contre-indication formelle, en rapport avec un affaiblissement profond de la constitution, par suite d'excès de toute espèce, ou de la longue durée de la maladie, on peut poser en règle générale que, chez un sujet fort et robuste, une inflammation aiguë réclame, au début, une émission sanguine générale. Par cette pratique on fera avorter la maladie, on on évitera des altérations profondes et irréparables, en même temps qu'on

facilitera et qu'on rendra plus efficace l'action d'autres moyens, tels que le calomel ou le tartre stibié. (*The Lancet.*)

TROCART (*Nouveau*) *à pointe lancéolée*. « *De minimis non curat prætor* », disait récemment M. le professeur Forget; cependant, au point de vue de la pratique, il n'est de si petite modification qui, du moment où elle constitue une amélioration réelle, ne soit un progrès. M. le professeur Cloquet partage aussi cette opinion, car il n'a pas craint d'appeler l'attention des chirurgiens sur une petite modification qu'il a fait subir au trocart. Cette modification consiste à remplacer la pointe ordinaire par une pointe lancéolée à trois tranchants, qui fait une piqûre semblable aux morsures de sangsues. Cet instrument a l'avantage de percer la peau plus facilement que le trocart ordinaire; les tumeurs molles, la peau lâche de certaines parties du corps, fuient souvent contre l'instrument perforateur, et l'effort qu'on est obligé de faire détermine des douleurs plus vives. M. Cloquet croit que son nouveau trocart sera appliqué avantageusement dans les cas d'hydrocèle à parois cartilagineuses, de kystes fibreux, d'hydrocèle flasque du cordon, de ponction de la vessie, de tumeurs faisant saillie dans le vagin ou le rectum, de kystes abdominaux, d'abcès froids, etc. — Si notre mémoire ne nous fait pas défaut, M. Baudens aurait droit de réclamer cette modification; le trocart dont il se sert pour le traitement de l'hydrocèle, celui qu'il a recommandé pour l'ouverture des abcès froids, se terminent par une pointe semblable. Cette double paternité ne peut que recommander la valeur pratique de la modification sur laquelle nous appelons l'attention des chirurgiens. (*Compte-rendu de l'Académie de Médecine*, mai.)

VÉSICATOIRES (*De l'application des*) *sur la tête, dans le coma de la fièvre typhoïde*. Tous les praticiens savent combien est souvent fatal, dans cette redoutable maladie, le coma qui arrive à la fin du troisième septénaire, en même temps que des phénomènes d'asphyxie commencent. Suivant M. Lebeau, médecin de garnison en Belgique, les malades, dans cette situation désespérée, sont ramenés, au moins quinze fois sur vingt, à l'intelligence et au rétablissement des fonctions vitales, déjà si gravement enrayées par l'application d'un large vésicatoire sur le sommet de la tête. Pour mieux faire comprendre la réunion des symptômes qui constituent, pour ce médecin, l'indication du moyen, nous citerons la première des observations contenues dans son mémoire.

Obs. I. Un musicien des guides, déjà malade depuis un mois, fut transporté à l'hôpital le 3 juillet 1851. Son état était des plus graves: perte complète de connaissance et du sentiment, facies hippocratique, coma qui ne permet pas d'obtenir du malade le moindre renseignement; peau sèche, presque froide, pouls dicrote, sans résistance, à 120 puls., respiration imparfaite. Langue sèche, lèvres croûteuses, fuligineuses, déglutition presque impossible; ventre distendu par les gaz, taches rosées, crépitation dans la fosse iliaque, selles nombreuses, favorisées par les purgatifs salins administrés les jours précédents; rétention d'urine. — Cataplasmes sur le ventre, cathétérisme, vésicatoires recouvrant tout le sommet de la tête.

Le 4. Nuit agitée; la somnolence remplace le coma; le malade fait des efforts pour répondre, les traits sont moins relâchés: prostration toujours extrême; la peau est plus chaude; le pouls, mou, a plus d'ampleur; il est à 116. La respiration est plus libre, les autres symptômes comme la veille; quatre selles liquides, urines involontaires. Pansement du vésicatoire avec la carde de coton, frictions mercurielles et cataplasmes sur le ventre.

Le 5. Le malade est éveillé; l'expression de la face est meilleure; prostration, céphalalgie, vertiges, rêvasseries la nuit; a dormi vers le matin. Peau moite, pouls mou, régulier, plus large à 112. Langue collante au centre, humide sur les bords; ventre ballonné, trois selles liquides involontaires; même prescription.

Le 6. L'amélioration continue; à partir de ce jour les phénomènes cérébraux s'amendent, les selles deviennent volontaires et moins fréquentes; enfin, le malade sort guéri le 21 août.

Dans les autres observations publiées par M. Lebeau, l'emploi des

vésicatoires semble avoir dissipé plus rapidement encore les symptômes ataxiques. Les occasions de répéter cette médication se présentent trop fréquemment, pour n'en pas juger promptement la valeur. (*Arch. belges de méd. milit.* 1854.)

RÉCLAMATION PAR M. GILLE.

Nos lecteurs se rappellent qu'à propos de cette réclamation, nous avions offert à ce pharmacien de reprendre l'étude complète de son huile, d'examiner en même temps et le côté chimique et le côté clinique de la question. Notre caractère bien connu d'impartialité nous semblait garant de son adhésion. M. Gille répond à cette proposition par une citation judiciaire ; nous laissons à nos confrères le soin d'apprécier ce nouveau procédé d'argumentation, par exploit d'huissier.

Remarques sur les observations de M. Deschamps (d'Avallon), relatives à l'huile de proto-iodure de fer, par M. Gille, pharmacien à Paris.

M. Deschamps (d'Avallon) s'est livré, sur l'huile de proto-iodure de fer, à quelques expériences et à quelques réflexions dont il a jugé à propos de rendre le public confident. Si l'ambition de l'habile pharmacien avait été entièrement satisfaite par la publication de l'ingénieuse théorie qu'il vient de mettre au jour, je me serais gardé de rompre le silence. Mais, comme M. Deschamps a déduit de cette théorie (à laquelle, cependant, il avoue ne pas attacher une grande importance), des conséquences pharmaceutiques et thérapeutiques d'une haute gravité, et qui ne tendraient à rien moins qu'à faire *débaptiser* et *dénaturer* un médicament dont l'efficacité est démontrée par les expériences publiques les plus positives, et qui a reçu la sanction de l'Académie tout entière, j'ai cru de mon devoir de montrer aux pharmaciens et médecins qui, par impossible, seraient tentés de suivre les conseils de M. Deschamps, combien ces conseils reposent sur une base fragile.

Avant d'entrer dans le fond des questions qu'il a voulu résoudre, M. Deschamps fait observer que nous avons bien *essayé de faire quelques expériences*, mais que nous ne sommes pas parvenu à *éclairer* la question, d'ailleurs *extrêmement difficile*, de la composition de notre huile. Nous n'oserions nous flatter d'avoir, en effet, entièrement résolu cette question, mais nous aimons à croire que si M. Deschamps avait pris une connaissance complète et de notre travail à l'Académie, et du savant rapport de M. Caventou, il se serait assuré que nous avions fait un peu plus que d'*essayer de faire*, et que, si nous n'avions rien résolu, nous avions du moins un tant soit peu éclairé quelque chose. Telle a été, en tous cas, l'opinion que la Commission, par l'organe de M. Caventou, a fait partager à toute l'Académie.

M. Deschamps fait observer encore que nous n'avons pas « dit notre *modus faciendi* », et qu'il s'est trouvé « immédiatement embarrassé » quand il a voulu préparer l'huile d'iodure de fer. Nous ne savons, en vérité, comment nous expliquer l'embarras de M. Deschamps; non-seulement nous avons fait connaître notre procédé, mais encore nous l'avons pratiqué, à quelques précautions accessoires près, en présence de M. le professeur Caventou, qui a mentionné ce fait dans son savant rapport. C'est donc bien gratuitement que notre habile contradicteur s'est mis dans l'embarras.

Une autre observation que semble nous opposer M. Deschamps, c'est que « *il lui semble difficile de supposer que les lois qui régissent les combinaisons, lorsqu'on emploie l'eau pour dissolvant, puissent être appliquées aux réactions qui ont lieu en présence de l'huile.* » Ce qui nous semble difficile à nous, c'est de savoir dans quel but M. Deschamps soulève cette question de chimie transcendante, et sur quelles considérations et sur quels faits il fonde, à cet égard, une doctrine qu'il semble adopter d'inspiration et comme pour son usage particulier; ce n'est pas assurément sur la réaction de l'iode et

du fer dans l'huile; car, précisément dans ce cas spécial, cette réaction est parfaitement semblable à celle qui a lieu dans l'eau, c'est-à-dire que lorsqu'on met, par exemple, en présence 30 grammes d'iode, 30 grammes de limaille de fer dans 60 grammes d'huile, il y a élévation de température, volatilisation d'iode, formation d'un sel de fer ; aussi n'est-ce pas ainsi que nous avons conseillé de procéder. Mais c'est trop s'appesantir sur une assertion dont, nous le répétons, il nous paraît difficile de saisir la portée.

La première objection fondamentale que M. Deschamps nous adresse est relative à la couleur de l'huile de proto-iodure de fer. Notre habile contradicteur sait, aussi bien que nous, ce que dit le proverbe sur les questions de cette nature; nous n'insisterons donc pas longtemps, et nous nous bornerons à maintenir que notre huile a une couleur ambrée, et non pas rouge, pourvu qu'on la regarde dans les conditions propres à déceler la véritable coloration des corps, c'est-à-dire qu'elle ne soit pas en masse trop considérable.

La seconde objection fondamentale de M. Deschamps, et celle-ci renferme toutes les autres, c'est que notre huile renferme de l'iode libre, et que la présence de ce corps *détruit entièrement toutes nos suppositions sur la composition et sur la théorie de la formation de l'huile de proto-iodure de fer.*

Il convient ici de distinguer.

Notre huile contient une petite quantité d'iode libre; c'est un fait que nous avons reconnu depuis longtemps, et que nous aurions déjà communiqué à l'Académie de médecine si nos occupations nous avaient permis de terminer les recherches que cette savante Compagnie a bien voulu nous engager à poursuivre. Mais, en attendant qu'une nouvelle communication, digne de l'Académie, nous fût possible, fallait-il changer le nom de notre huile ou la dénaturer, ou enfin renoncer, et non pas à ce que M. Deschamps appelle nos suppositions, mais à tous les faits chimiques et thérapeutiques qui nous prouvent que l'iodure de fer est la base active de notre huile? C'est là ce que nous n'avons pas jugé raisonnable. Voyons si M. Deschamps a de bien bonnes raisons pour croire le contraire. Quand nous disons croire le *contraire*, ce n'est pas absolument le mot technique; car M. Deschamps admet qu'il se forme dans notre huile « *un peu d'iodure de fer* »; s'il y en a *un peu,* nos suppositions ne pourraient donc qu'être *partiellement* détruites et non pas *entièrement*. Mais, malgré ces aveux, M. Deschamps, par une légère contradiction, qu'expliquerait peut-être une précipitation trop grande dans la rédaction de son article, ne semble pas moins avoir pour but de prouver que notre huile ne contient pas d'iodure ferreux du tout, et voici sur quels faits il appuie cette variante de sa première opinion.

1° « *On sait depuis longtemps qu'il se forme un peu d'eau pendant la réaction de l'iode sur l'huile.* »

Voilà encore une de ces lois que M. Deschamps nous semble avoir créées pour son usage particulier : jusqu'à présent, nous ne connaissons que lui qui sache si bien ce qu'il annonce comme une loi : bien plus, c'est qu'on ne voit guère comment de l'eau pourrait se former dans une réaction de l'iode sur l'huile, faite dans les conditions indiquées pour la préparation de notre huile. Nous aurons à revenir sur cette loi, à propos de l'acide iodhydrique.

2° « L'iode libre que contient l'huile d'*iodure ferreux* » (comme on le voit, M. Deschamps admet ici l'existence de l'iodure ferreux dans notre huile) « se transforme, après un *certain temps, en acide iodhydrique;* l'huile perd sa couleur, devient acide, et commence à prendre l'odeur des corps gras qui rancissent. » Toutes ces assertions, disons-le sans tarder, sont autant d'erreurs.

On comprend très-bien que, lorsqu'on admet qu'il se forme de l'eau pendant la réaction de l'iode sur l'huile, on admette qu'il s'y forme aussi, consécutivement, de l'acide iodhydrique, ce serait là une conséquence forcée; c'est là ce qu'on observe dans l'huile iodée de M. Personne, dans la préparation de laquelle on fait intervenir la vapeur d'eau, et dans l'huile iodée de M. Deschamps lui-même, qui a recours à l'intervention de l'alcool; mais lorsqu'on opère à l'abri de tout moyen d'hydratation, comme l'a fait, par exemple, M. Berthé, dans les expériences si rigoureuses, si remarquables, qu'il a communiquées à l'Académie et que M. le professeur Bouchardat a confirmées

dans son savant rapport, on arrive facilement à démontrer, avec cet habile chimiste, *qu'en théorie, il ne peut se former* ni de l'eau ni de l'acide iodrydrique, et qu'en fait, il n'y a dans l'huile préparée, ni l'un ni l'autre de ces corps : c'est ce dont M. Deschamps pourra s'assurer quand il voudra, comme s'en est assuré M. le professeur Caventou, qui a conservé pendant neuf mois, à l'Ecole de pharmacie, l'huile préparée sous ses yeux, et pendant dix-huit mois, à l'Académie de médecine, celle que j'avais déposée au secrétariat de cette Société. Le *rancissement* et la *décoloration* étant une conséquence de l'oxydation de l'huile, je n'ai pas besoin de dire que, si les huiles de MM. Personne et Deschamps blanchissent et rancissent à la longue, l'huile de proto-iodure de fer, au contraire, ne subit nullement ces altérations, du moins pendant l'espace de deux ans, la plus longue période pendant laquelle j'aie encore conservé ce produit.

3° Lorsqu'on chauffe l'huile de proto-iodure de fer avec un soluté de potasse caustique, on précipite le fer à l'état d'oxyde. En quoi une telle réaction a pu étonner M. Deschamps, et comment a t-elle pu lui donner à penser qu'il n'y avait pas d'iodure ferreux dans notre huile? Est-ce qu'en faisant agir, non-seulement à chaud, mais même à froid, de la potasse caustique sur l'huile d'iodure de fer, il ne doit pas se former un savon à base de potasse, de l'oxyde de fer et de l'iodure de potassium? Il n'est pas besoin d'être aussi habile que M. Deschamps pour comprendre cette réaction, qui ne peut absolument rien prouver en faveur de sa thèse.

Voici donc maintenant l'unique soutien de la théorie de M. Deschamps.

Si « lorsqu'on agite l'huile d'iodure ferreux avec une *dissolution de tannin*, l'huile *devient noire*, et répand immédiatement une odeur désagréable. »

Il y a, dans ces propositions, beaucoup de faux et un peu de vrai, qui ne prouve rien. Voici ce qu'il y a de faux : l'huile ne devient nullement *noire;* elle blanchit, au contraire, par la combinaison de l'iode avec une partie du tannin, et par la combinaison de l'oxyde de fer, qui prend naissance avec l'acide gallique. L'huile ne répand pas *immédiatement* une odeur désagréable, mais bien *à la longue* et à mesure seulement qu'elle s'y oxyde, c'est-à-dire qu'elle rancit.

Voici ce qu'il y a de vrai.

Il se forme dans l'huile un précipité d'abord violet, puis noir de gallate de fer. Mais qu'en faut-il conclure? Plus on s'interroge, moins on comprend que M. Deschamps ait pu baser toute sa théorie sur cette réaction. En effet, cette réaction n'est-elle pas tout aussi naturelle que celle de la potasse caustique, et n'y a-t-il pas, dans l'agitation de l'huile avec l'eau et l'air, tout ce qu'il faut pour oxyder le fer et pour faciliter sa combinaison avec le tannin? Si M. Deschamps s'était un peu moins complu dans le hasard des théories nouvelles, il s'en serait assuré par un procédé bien simple : il aurait préparé une solution aqueuse d'iodure de fer, il y aurait versé une dissolution de tannin, il aurait vu que la réaction était absolument la même qu'avec la solution huileuse, et la rectitude habituelle de son jugement l'aurait inévitablement conduit à admettre que le fer se trouvait au même état dans les deux solutions.

M. Deschamps aurait pu faire aussi bien encore : il aurait pu faire bouillir pendant quelques instants l'huile d'iodure ferreux avec l'eau distillée, et il aurait pu ensuite constater dans cette eau *tous les caractères du proto-iodure de fer*. Toutes ces expériences, et d'autres encore, ont d'ailleurs été faites par M. le rapporteur de la Commission académique, et elles lui ont paru suffisantes pour le satisfaire pleinement. Il est vrai que le savant rapporteur n'avait aucune théorie à proposer, et que, sous ce rapport, il était dans de bien meilleures conditions que M. Deschamps pour voir les faits d'une manière complète et dans toute leur signification. Le seul tort de M. Deschamps a donc été d'avoir une théorie nouvelle, et voici quelle théorie.

Dans la réaction de l'iode, du fer et de l'huile, « *les acides gras deviennent libres, l'oxyde de fer prend naissance, les acides et l'oxyde naissants se combinent, et les sels à base de fer se dissolvent dans l'huile; il se forme en même temps un peu d'huile iodée, un peu d'iodure de fer.* »

Outre les raisons énoncées ci-dessus, et qui toutes militent contre une semblable théorie, elle offre encore cette petite difficulté : c'est que l'oxydation du fer, et j'ai toujours eu soin de conserver, pour la préparation de l'huile, l'emploi de la limaille parfaitement décapée (Voir le rapport de l'Académie), est parfaitement impossible dans l'huile, quand on opère comme je l'ai indiqué. M. Deschamps, pour qui probablement les expériences de M. Berthé n'existent pas, raisonne, à propos de cette oxydation, exactement comme à propos de la formation de l'eau et de l'acide iodhydrique, et en cela il aurait pu être parfaitement dans le vrai, il ne lui a manqué que de faire son raisonnement précisément en sens inverse. Or, il n'y a pas d'oxyde de fer, il n'y a pas de sels, c'est-à-dire de savons de fer, et par conséquent la théorie de notre contradicteur pèche tout simplement par la base.

M. Deschamps aurait pu se convaincre qu'elle pèche par ailleurs encore ; s'il avait usé de l'expérience, il aurait dissous 10 centigrammes de savon de fer, et 9 centigrammes d'iode dans 30 grammes d'huile; il aurait vu que, si l'on chauffe à la chaleur du bain-marie un mélange comme celui-là, on observe d'abord une décoloration considérable, et bientôt, au contraire, une profonde réaction dans laquelle l'huile acquiert une coloration de plus en plus foncée, qui persiste après le refroidissement. Par comparaison, l'huile de proto-iodure de fer ne se décolore pas, elle se fond bien un peu, mais cette coloration disparaît après le refroidissement, et l'huile reprend sa couleur primitive.

M. Deschamps semble ignorer un fait qui n'est peut-être pas sans importance, et qui se trouve consigné dans le Mémoire que j'ai eu l'honneur d'adresser à l'Académie : c'est que l'iodure de fer n'est pas le seul corps que je sois parvenu à dissoudre dans l'huile : j'y ai dissous, entre autres, l'iodure de soufre; or, je ne pense pas que, pour cette dissolution, M. Deschamps veuille invoquer la formation d'un sel à base de soufre, d'un savon de soufre.

En résumé, il y a, dans l'huile que j'ai présentée à l'Académie, du proto-iodure de fer et une petite quantité d'iode libre; *il n'y a pas et ne peut y avoir de savon de fer.*

Faut-il, avant de livrer cette huile pour la pratique médicale, la priver, comme le conseille M. Deschamps, de la petite quantité d'iode libre qu'elle contient? Le conseil se concevrait, à la rigueur, si l'iode était par lui-même (à cette dose) un corps malfaisant, et ce ne peut être là l'opinion de M. Deschamps, qui a imaginé une huile iodée; or, dans un tel état de choses, le conseil de M. Deschamps, s'il était suivi, n'aurait d'autre effet, nous le déclarons nettement, que d'introduire dans l'art pharmaceutique la plus déplorable anarchie.

Certes nous pensons, comme M. Deschamps et comme tous les pharmaciens et médecins, qu'on devra réduire, autant que possible, à des principes fixes et bien déterminés, tous les agents de la matière médicale; avec tout le monde encore, nous considérerons toujours comme un immense progrès la découverte de la quinine, de la morphine, etc., de même que la détermination chimique rigoureuse du sel duobus et du tartre stibié. Mais si, partant de ces découvertes, fondées sur des faits et des démonstrations irrécusables, les pharmaciens, trompés par de fausses analogies, allaient, au gré des théories qu'ils pourraient créer, débaptiser et dénaturer des médicaments d'une utilité démontrée par l'expérience clinique; loin de voir un progrès dans une telle manière de procéder, nous n'y saurions voir et l'on y devrait voir, nous le répétons, qu'un déplorable chaos. Or, l'utilité de l'huile d'iodure de fer est aujourd'hui prouvée par des faits hors de toute contestation. Un observateur aussi rigoureux que distingué, M. Vigla, a constaté que non-seulement l'huile de proto-iodure de fer est un médicament utile, mais qu'elle produit *« les effets qu'on doit attendre d'un médicament qui contient l'iodure de fer sous forme liquide. »*

M. le professeur Maillot a fait, au Val-de-Grâce, les mêmes observations; tous les médecins qui ont expérimenté l'huile l'ont trouvée d'une composition toujours identique, invariable, c'est-à-dire remplissant la condition essentielle de tout bon médicament.

Le pharmacien qui, sans indications spéciales de la part du médecin, nécessairement guidé par les expériences cliniques déjà faites, se permettrait d'altérer un tel médicament, manquerait donc, de la manière la plus grave, à tous ses devoirs. S. Gille.

Nous nous bornerons à faire remarquer que M. Gille est forcé de reconnaître que son huile contient de l'iode à l'état libre; or, ni lui, ni son savant rapporteur M. Caventou (M. Deschamps avait eu le bon goût de ne pas le mettre en cause), n'en avaient fait mention. Cette circonstance avait cependant une certaine portée : M. Gille calcule la quantité d'iodure ferreux contenue dans son huile, seulement par la somme des éléments destinés à former ce sel; or, si une partie de l'un d'eux est trouvée à l'état de liberté, elle n'est donc pas combinée, et par conséquent la quantité d'iodure que l'on prétendait devoir exister dans le nouveau produit pharmaceutique ne s'y trouve pas. Nous nous contenterons, pour aujourd'hui, de cette simple remarque, puisque nous nous proposons de revenir prochainement sur l'ensemble de cette discussion. Debout.

VARIÉTÉS.

L'épidémie cholérique paraît en voie de disparition très-prochaine, si nous en jugeons par le petit nombre de cas que l'on constate çà et là dans les hôpitaux. A aucune époque même, depuis le début, la réduction n'a été plus grande, et c'est à peine si quelques cas disséminés viennent rappeler les derniers efforts de l'épidémie expirante. Toujours est-il que l'épidémie de 1853-54 aura mis à néant bien des idées généralement reçues sur l'influence de l'élévation de température, des brusques variations atmosphériques, etc. Le choléra semble déjouer les efforts de ceux qui veulent chercher à pénétrer ses conditions étiologiques, comme il ne déjoue que trop souvent les tentatives thérapeutiques les plus rationnelles et les mieux dirigées.

Le gouvernement prussien fait pratiquer, chaque année, des revaccinations sur les conscrits appelés pour le service militaire. Cette mesure vient mettre en relief, d'une manière incontestable, l'affaiblissement progressif de l'inoculation vaccinale. Dans l'année 1853, on a revacciné 44,652 hommes. Sur ce nombre, 32,642 présentèrent des cicatrices vaccinales manifestes; chez 7,643, les cicatrices étaient douteuses; enfin, chez 4,367 individus, elles manquaient complétement. La revaccination donna lieu à une éruption vaccinale régulière chez 28,329 individus, irrégulière chez 5,933; enfin, la revaccination échoua chez 7,664. Ainsi, la revaccination a réussi chez 69 individus sur 100. M. Hope a eu l'idée de comparer ce chiffre avec ceux que fournissent les résultats des revaccinations opérées pendant les vingt dernières années. On verra, par le tableau suivant, que le nombre proportionnel des hommes vaccinés chez lesquels la revaccination réussit a été chaque jour en croissant. Dans ces chiffres sont compris tous les revaccinés avec succès, que la vaccine ait pris après une première opération ou après la deuxième.

Années.	Nombre des revaccinés avec succès.	Années.	Nombre des revaccinés avec succès.
1833...........	33 sur 100	1844...........	57 sur 100
1834...........	37 —	1845...........	58 —
1835...........	42 —	1846...........	60 —
1836...........	46 —	1847...........	64 —
1837...........	49 —	1848...........	64 —
1838...........	50 —	1849...........	64 —
1839...........	51 —	1850...........	61 —
1840...........	54 —	1851...........	64 —
1841...........	57 —	1852...........	69 —
1842...........	58 —	1853...........	69 —
1843...........	57 —		

Ces chiffres parlent assez d'eux-mêmes, pour que nous n'ayons pas besoin de les interpréter.

La Faculté de médecine a été officiellement invitée, par M. le ministre de l'instruction publique, à dresser, conformément au décret du 9 mars 1852, la liste de présentation des candidats pour la chaire de clinique vacante par suite du décès de M. Roux.

L'Association de prévoyance et de secours des médecins du département du Rhône vient de tenir son assemblée générale publique. Cette importante institution ne se borne point à distribuer des secours ; elle se réserve encore de signaler à l'autorité les délits et abus relatifs à l'art de guérir. Le nombre des sociétaires est de 112. On a entendu, dans cette séance, un discours de M. de Polinière, président ; le compte-rendu du secrétaire général, M. Diday, et l'éloge de Pravaz, par M. Munaret.

Les médecins de Berlin s'occupent de fonder une Association de secours pour les médecins pauvres, habitant Berlin et les environs, et même pour les voyageurs.

Nous avons publié récemment le décret relatif aux médecins de colonisation ; nous empruntons au *Moniteur* le passage suivant d'un rapport du ministre de la guerre sur l'Algérie, qui a trait à cette nouvelle institution.

« Une dernière mesure est venue compléter le système d'ensemble adopté par le gouvernement de Votre Majesté pour améliorer la position des classes malheureuses en Algérie, dans la limite du possible.

« Depuis plusieurs années, sur plusieurs points des territoires livrés spécialement à la colonisation, il existait, sous le titre de médecins de colonisation, une institution dont l'objet était d'assurer aux colons l'assistance d'un homme de l'art. La population des campagnes n'étant point partout assez compacte pour que des médecins pussent y trouver, dans une clientèle, la rémunération légitime de leurs soins, le gouvernement avait été conduit, pour déterminer quelques-uns d'entre eux à se porter au dehors à leur parfaire, au moyen d'une subvention, une position à peu près égale à celle qu'ils auraient eue dans les villes.

« Mais cette institution n'avait jamais été réglementée, et, faute d'une organisation unitaire, d'attributions et d'obligations bien définies, elle ne fonctionnait pas avec la régularité désirable.

« Aujourd'hui, grâce aux mesures prises par mon département, ce service vient d'être organisé de manière à satisfaire à tous les besoins.

« Tous les territoires livrés à la colonisation sont divisés en circonscriptions médicales; chacune d'elle est desservie par un homme de l'art pourvu du diplôme de docteur, auquel mon département alloue un traitement fixe, et, si l'étendue de la circonscription qui lui est assignée exige qu'il soit monté, une indemnité pour frais de cheval.

« Le médecin de colonisation doit gratuitement ses soins à toute personne indigente de sa circonscription, européenne ou indigène. Dans les localités où il n'existe pas de pharmacie, il délivre les médicaments à ses malades; cette délivrance est gratuite pour les indigents.

« Les médecins de colonisation sont, en outre, tenus :

« De faire des tournées périodiques dans chacun des centres ou groupes de population compris dans leur circonscription;

« De tenir au lieu de leur résidence, à jour et heure fixes, des consultations gratuites pour quiconque s'y présente;

« De propager la vaccine;

« De constater les décès;

« De fournir à l'administration tous les renseignements de statistique nosographique auxquels peuvent donner lieu la constitution médicale et l'hygiène publique.

« Il résulte de cette organisation qu'il n'y a pas, en Algérie, une localité renfermant un groupe de population européenne, qui ne se rattache à une circonscription médicale et qui, par conséquent, ne doive recevoir, au moins deux fois par semaine, la visite du médecin, et, s'il s'agit d'un indigent, l'assistance et les soins gratuits de l'homme de l'art. »

Puisque l'administration doit s'occuper prochainement d'établir une nouvelle législation des établissements d'eaux minérales, nous croyons devoir publier un extrait du nouveau règlement de l'établissement thermal d'Aix-les-Bains.

Un décret de S. M. le roi de Sardaigne, en date du 6 octobre dernier, vient de supprimer l'ancienne administration de l'établissement thermal d'Aix, ainsi que la place d'inspecteur des eaux qui y était attachée, et l'a fait passer entre les mains d'un fermier directeur qui aura, près de lui, une Commission médicale, composée de tous les médecins de la localité qui, depuis un an, y auront élu leur domicile.

Voici les principaux articles qui touchent à l'organisation médicale :

Une Commission médicale est instituée pour le service médical de l'établissement. Elle se compose de tous les médecins reçus par la Faculté de médecine du royaume, et domiciliés à Aix depuis un an. Leurs noms seront inscrits sur un tableau, par ordre d'ancienneté d'admission à l'établissement, et ils seront successivement chaque année, en suivant cet ordre, appelés tour à tour à exercer les fonctions de président.

Le président conserve, dans les termes et limites du présent règlement, les fonctions anciennement dévolues à l'ancien inspecteur.

Cette Commission devra avoir son règlement, et le faire approuver par M. l'intendant général.

Tout médecin, domicilié à Aix, qui refuserait d'y adhérer, ou qui, sans motif légitime et sans autorisation, s'abstiendrait, d'une manière continue, d'assister à ses séances, sera compris comme démissionnaire, et son nom sera rayé du tableau.

Le bureau se compose du président, d'un vice-président, qui sera le membre appelé à la présidence l'année suivante, et d'un secrétaire, qui sera le président sortant. Pour la première année, le secrétaire sera le plus jeune dans l'exercice de sa profession.

Les fonctions de cette Commission consisteront à étudier la médication, à favoriser son progrès, et à traiter toutes les questions qui peuvent s'y rattacher et intéresser l'établissement; elle veille à la conservation des sources, à l'aménagement des eaux, à leur administration. Elle consignera, dans ses rapports, la bonne ou mauvaise direction du service, les améliorations ou changements à introduire, elle prononcera sur le degré d'aptitude des employés, et la nature des reproches qu'on aurait à leur faire, afin de fixer l'attention du directeur.

Destinée à favoriser le progrès de la médecine des eaux, elle devra s'entourer de tous les éléments qui pourront y contribuer. En conséquence, elle entretiendra des relations avec les différents corps savants, pour recevoir et envoyer des communications.

Le président entre en fonctions le premier janvier. Chaque année, avant le 31 décembre, en sortant, il devra remettre au fermier directeur de l'établissement un rapport contenant la statistique générale de la saison, et le résumé des observations médicales recueillies. Ce travail rendra compte du nombre de malades admis et traités à l'établissement, des guérisons obtenues, et des cas pathologiques les plus remarquables qui se seront présentés.

Il se divisera en deux parties. La première présentera le résumé du service de l'établissement thermal proprement dit, pendant la saison; la deuxième donnera une relation complète du service de l'hôpital pendant l'année écoulée.

Ce travail, qui ne fera pas moins de vingt pages, et qui ne devra pas dépasser cinquante, imprimé aux frais de l'établissement, sera envoyé à toutes les Académies de l'Europe et aux diverses notabilités médicales.

La Commission médicale est tenue de fournir deux de ses membres, pour faire le service gratuit de l'hôpital et des malades indigents logés en ville. Ce service sera fait par le président et le vice-président.

Pour les articles non signés, E. DEBOUT.

THÉRAPEUTIQUE MÉDICALE.

DE L'AMAUROSE SURVENANT DANS QUELQUES CONDITIONS INSOLITES, ET DE SON TRAITEMENT.

L'étiologie, considérée d'une manière générale, est certainement une des parties de la science la moins avancée, mais il est peu de maladies auxquelles cette remarque s'applique plus justement qu'à l'amaurose complète ou à la simple amblyopie. Si, en effet, dans une foule de cas, la cause de cette grave affection apparaît clairement, tant l'effet suit rapidement l'action de celle-ci, il en est un bon nombre, aussi, où il est évident que les causes signalées ne sont rien de plus que de pures coïncidences, et où les causes réelles restent véritablement inconnues. C'est ainsi que l'usage du tabac, l'action de se raser la barbe, ou de se couper les cheveux, le coït diurne, l'usage des cosmétiques, des amers, l'action de la lune, d'une salivation abondante, etc., qui ont été accusés tour à tour par les auteurs d'avoir déterminé, dans certains cas, le développement de l'amaurose, sont des causes qui doivent être éliminées du cercle étiologique de cette affection, par la raison toute simple que, si de pareilles influences pouvaient entraîner un tel résultat, au lieu d'avoir à citer des faits isolés, plus ou moins authentiques, pour démontrer l'action de ces causes, on verrait surgir de semblables faits à chaque pas, puisque les circonstances accusées ne cessent d'agir à chaque instant sur l'homme. Quand la cause excitante réelle de l'amaurose, comme dans les cas que nous venons de citer, se dérobe à l'observation, ce n'est point dans de pareilles influences qu'il faut chercher la cause du mal, mais bien dans l'état de l'organisme, dans le jeu anormal des fonctions, que l'expérience a démontré pouvoir, par voie de sympathie, modifier l'action dynamique du nerf optique, de son point d'émergence au cerveau, ou de son expansion terminale, la rétine. Il en est de même des nerfs qui sont en connexion avec les nerfs de l'œil : si une modification de la vie nerveuse d'un organe éloigné peut retentir sur cet appareil, de façon à en abolir passagèrement la sensibilité spéciale, à plus forte raison ce retentissement peut-il partir d'un point moins éloigné, et plus immédiatement solidaire. Outre que la science, qui a apparemment pour but de saisir la vérité, est intéressée à rechercher les causes réelles des maladies, au lieu d'intituler de ce nom de simples coïncidences fortuites, on ouvre immédiatement par là une voie féconde à la thérapeutique, qui est bien, elle aussi, un élément de quelque valeur en médecine.

Variées sont les conditions de l'organisme vivant, sous l'influence

desquelles on a vu se développer une amaurose plus ou moins complète. Notre intention n'est point de tracer une histoire complète de ces amauroses, qu'à cause de cette condition particulière de manifestation, on a appelées sympathiques, ou symptomatiques, suivant les cas; nous nous proposons uniquement ici d'ajouter quelques pages à cette histoire, en grande partie faite, et de citer quelques faits qui, par cela même qu'on les observe rarement, ont une importance que tous les praticiens comprennent.

De ces sortes d'amaurose, une des plus remarquables est, sans contredit, celle qui se lie évidemment, dans quelques cas, au jeu des fonctions utérines chez la femme. Nous ne savons pas si les cas d'amaurose, par suite de suppression accidentelle de la menstruation, sont aussi fréquents que le prétend M. Rognetta, mais il est incontestable que des faits de cet ordre ont été souvent observés ; les auteurs sérieux en ont rapporté, dont l'authenticité ne peut être révoquée en doute. On ne saurait admettre qu'ici, comme dans les cas dont nous parlions tout à l'heure, les auteurs se soient mépris, et aient confondu un rapport de cause avec un simple rapport de succession. Ce qui démontre qu'en pareille circonstance, c'était bien à la suppression brusque du flux menstruel qu'il fallait rapporter la paralysie observée, c'est qu'il a suffi, dans la plupart de ces cas, de rétablir cette fonction, ou au moins d'y suppléer par une ou plusieurs applications de sangsues ou une saignée générale, pour voir disparaître l'accident. Telle est, chez certaines femmes, la solidarité qui existe entre les fonctions utérines et l'intégrité de la vue, qu'un auteur a rapporté l'histoire d'une famille dont presque toutes les femmes, pendant plusieurs générations, devinrent amaurotiques à l'époque de la ménopause. La grossesse, par l'influence particulière qu'elle exerce sur le dynamisme oculaire, dans quelques circonstances, vient également confirmer la réalité du rapport dont nous parlons en ce moment. Portal, dans son Anatomie médicale, parle d'une femme qui est devenue amaurotique à son premier accouchement, sourde à la seconde grossesse, et presque muette à la troisième couche. Pour nous, nous n'avons point observé de faits aussi merveilleux, mais nous avons vu la grossesse entraîner l'amaurose, et durer autant qu'elle. Comme ce fait peut offrir quelque intérêt, nous allons le rapporter succinctement. La femme dont il s'agit était déjà accouchée plusieurs fois, sans qu'aucun accident notable eût signalé ou sa grossesse ou ses couches. Redevenue enceinte à l'âge de trente-huit ans, les premiers mois de la grossesse se passèrent sans qu'aucun accident vînt l'entraver. Mais, vers le quatrième mois, la vue commença à s'obscurcir, les objets ne lui apparaissaient que comme voilés. Peu à peu,

cet obscurcissement de la vue augmenta, et enfin celle-ci s'éteignit complétement. Le médecin qui vit cette pauvre femme crut tout d'abord devoir tenter une saignée, la renouveler même, je crois ; mais le tout en vain. C'est après ces vaines tentatives que j'eus occasion de voir la malade : elle gardait le lit, ne s'inquiétait pas trop de son état, et se portait d'ailleurs parfaitement bien. Je fis observer au médecin habituel de la malade que les auteurs avaient rapporté des cas semblables à celui que nous avions sous les yeux, et que, les fonctions s'accomplissant bien, la grossesse marchant régulièrement, dans mon opinion, il n'y avait rien à faire. Mon conseil fut suivi ; le temps de l'accouchement arriva, sans qu'aucun accident autre se fût développé : la pauvre malade mit au monde un enfant bien constitué et bien portant, et recouvra complétement la vue. Malheureusement, je ne pus suivre la marche des choses; je ne sais si le rétablissement de cette fonction se fit immédiatement après l'accouchement, s'il fut graduel ou instantané : je n'ai été informé que du résultat brut, mais aussi le plus important pour la pauvre patiente.

Dans un autre cas, l'amaurose fut aussi complète, mais dura moins longtemps. Ce cas est relatif à Mme de L... Chez cette jeune femme, aucun accident ne précéda non plus le développement de l'amaurose : celle-ci ne s'établit non plus que d'une manière progressive, mais fut complète et dura un mois, au bout duquel elle disparut. Ces deux femmes étaient placées dans des conditions bien différentes : l'une était misérable, l'autre était entourée de tout le confortable de la vie. Comment, en présence de ces deux faits, rattacher à l'influence des privations, ainsi que quelques-uns ont voulu le faire, le développement du mal ? Ferons-nous dépendre au contraire l'amaurose, dans ces deux cas, d'une congestion dans l'appareil nerveux de l'œil, congestion toute mécanique, résultant de la pression exercée sur le système sanguin abdominal par l'utérus développé ? C'est de cette manière que beaucoup d'auteurs modernes expliquent ces faits ; mais, quand on cherche la démonstration de cette explication, on ne la trouve pas. D'un autre côté, en admettant, comme eux, la compression du système vasculaire abdominal par le développement de l'utérus, on ne voit certainement pas comment cette compression, refoulant le sang dans les parties supérieures, et le forçant à y stagner, n'amènerait point d'autres résultats. Pourquoi point de palpitations, pourquoi point d'oppression, dans ces cas plutôt que dans d'autres où l'on n'observe rien de semblable ? Comment comprendre surtout cette compression, et par suite ce refoulement du sang vers le cerveau, avec une localisation pathologique aussi limitée que celle qu'on suppose pour rendre raison de la suspension de

la vue ? Non, il faut le reconnaître, l'anatomie pathologique ne peut nous rendre compte d'un effet tel que celui dont nous parlons, par ses explications exclusivement mécaniques. L'amaurose, dans ces cas, est un effet de sympathie, ou plutôt encore un effet purement vital, dynamique, qui se lie aux conditions spéciales dans lesquelles la femme se trouve placée. Expliquez-vous par une congestion purement mécanique la dyspepsie, les palpitations, les oppressions, dont tant de femmes se trouvent atteintes dans cet état? Expliquez-vous par une congestion sur le cerveau les hallucinations, les aversions morales, les folies passagères, dont quelques-unes d'entre elles sont atteintes en semblable circonstance? Non ; eh bien ! l'amaurose, dans ces cas, n'est-elle pas un fait du même ordre ? pourquoi donc veut-on en faire un résultat tout mécanique, quand rien ne prouve que telle soit la nature de cette maladie, et quand on est forcé de reconnaître tout autre chose dans la production des perturbations fonctionnelles que nous venons de rappeler? Sans doute, il n'est point rare de rencontrer des femmes chez lesquelles on voit disparaître l'oppression, les palpitations, immédiatement après une saignée. Mais ces faits sont loin d'être constants : d'une part, on rencontre des cas où le mal résiste à ce moyen ; d'autre part, il est des femmes qui ont à peine conçu, qu'elles sont prises de ces accidents. Invoquera-t-on alors la compression, quand une constipation de deux jours exerce une compression bien plus réelle, et sans qu'on voie rien de semblable se produire?

M. Mackensie fait, à ce propos, une remarque que nous ne devons point passer sous silence : « Bien qu'on doive admettre, dit-il, que l'amaurose est quelquefois sympathique, ou naît comme conséquence du trouble de quelque organe éloigné, et qu'elle est quelquefois soudaine dans sa formation aussi bien que dans sa disparition, cependant on ne peut mettre en doute que dans tous les cas, et même dans ceux où elle est sympathique, la perte de la vue ne dépende d'un changement organique, affectant l'appareil optique. » C'est là le principe fondamental de l'anatomisme pur ; il y a longtemps qu'il a été formulé : on ne peut nier qu'il ne séduise d'abord l'esprit ; il semble simple en effet que, quand une fonction est troublée, l'instrument, l'organe de cette fonction doive lui-même être altéré dans sa texture, dans son mécanisme ; mais jusqu'ici cette vue de l'esprit n'est qu'une vue de l'esprit, c'est une pure hypothèse ; car elle manque de la démonstration qui seule la ferait vérité, savoir, de l'expérience. Les promoteurs les plus ardents de cette idée ne se tiennent point pour battus : parce que cette démonstration manque, ils attribuent ces résultats négatifs, qu'ils ne peuvent nier, à la portée bornée de nos sens, à l'insuffisance de nos moyens

d'investigation. A la bonne heure; mais alors convenez que votre doctrine n'est qu'une hypothèse, et ne nous la donnez pas pour le dernier mot de la science. Que s'il était vrai que toute amaurose dépendît d'une altération de texture dans l'appareil optique, il faudrait au moins, en présence des faits qui nous la montrent se produisant et disparaissant instantanément, reconnaître que cette altération est d'une tout autre nature que ces altérations grossières qui tombent sous l'appréciation du scalpel. Voici un fait qui appartient à Valsalva, et qui montre avec quelle soudaineté la vue s'éclipse et reparaît dans quelques circonstances. « La femme d'un chirurgien de réputation, dit cet homme célèbre, voulant saisir un coq d'Inde, fut blessée à un œil (sourcil) par un coup de griffe de ce volatile. Il ne s'écoula que quelques gouttes de sang de la blessure, mais la vue fut perdue sur-le-champ. Le troisième jour, cette femme réclama nos soins. J'examinai l'œil attentivement, pour voir si l'on découvrait quelque lésion. Ni les parties internes, ni les parties externes ne montrèrent rien de lésé. En réfléchissant cependant si quelque partie intérieure ne serait pas endommagée, je soupçonnai que l'*anneau modérateur* du nerf optique, se trouvant convulsé par la douleur de la blessure, pouvait être la cause de ce mal, en empêchant le cours des esprits vitaux. Aussi, me rappelant que le nerf sus-orbitaire passe très-près de l'anneau modérateur, et qu'il lui donne plusieurs filets, m'avisai-je de faire une forte friction avec mon pouce sur cette portion du nerf qui sort de l'orbite; à peine cette friction fut-elle faite, que la vision de cet œil est revenue. » C'est là un fait, sans aucun doute, bien remarquable et que nous avons rapporté tout au long pour combattre ces tendances au pur mécanisme qui nous dominent tous, même à notre insu, en matière de pathologie. Du reste, ce fait, tout extraordinaire qu'il paraisse, est loin d'être unique. L'hystérie, au milieu des accidents protéiformes qu'elle amène quelquefois à sa suite, donne lieu, dans quelques cas, à une variété de l'amaurose qui présente ce caractère : MM. les docteurs Hocken et Landouzy en ont cité des exemples remarquables. Dans ces cas, on voit se produire une paralysie erratique, si nous pouvons ainsi dire, qui frappe tour à tour un membre, la vessie, les yeux, etc. Quand la suspension de la sensibilité ou de la motilité cesse d'être observée sur un de ces points, elle reparaît sur un autre, et cela souvent immédiatement. La maladie n'a point toujours, il est vrai, ce caractère fugace, mais elle le présente quelquefois : des faits authentiques ont été cités qui le prouvent.

C'est ici que nous devons placer un fait qui, sous certains rapports, se rapproche de ces derniers et qui s'en éloigne sous d'autres. Mme X...,

âgée aujourd'hui de vingt-huit ans, forte et bien constituée, n'a cependant jamais eu d'enfants, ni fait de fausses couches. La menstruation n'a jamais été bien régulière, et ne l'est pas encore aujourd'hui. D'une imagination vive et mal réglée, elle a eu dès sa première jeunesse un goût prononcé pour les romans, dans lesquels les deux héros, après une foule de péripéties, finissent toujours par se marier et avoir beaucoup d'enfants. Sous l'influence de cette disposition d'esprit et d'une telle éducation, Mme X... devint hystérique, et resta sujette à cette maladie après son mariage. Mais alors la maladie se compliqua. Un jour, elle s'aperçut que sa vue se voilait : loin que cet état s'améliorât sous l'influence des moyens qui lui furent conseillés, il s'aggrava : enfin la vue s'éteignit complétement. Bientôt d'autres accidents se joignirent à ces premiers symptômes : pendant plusieurs jours, la malade délira, puis tomba dans une syncope, qui dura également plusieurs jours. Peu à peu ces accidents se dissipèrent, mais ils furent remplacés par une fièvre intermittente tierce qui dura quinze mois environ, avec des remissions de quinze jours à trois semaines. Chaque accès s'accompagnait invariablement d'une amaurose complète, à laquelle se joignait quelquefois du *subdelirium*, et cette amaurose cessait complétement avec la fièvre elle-même, pour revenir également avec elle. C'est en vain qu'on chercha à combattre cette périodicité par le sulfate de quinine (qu'on n'employa pas à des doses assez élevées peut-être), la maladie résista. Le seul moyen qui parut enrayer le développement de ces symptômes singuliers fut le déplacement. Mme X... allait chez des amis, dans des pays voisins de ceux qu'elle habite : grâce à ces émigrations, à ces voyages, et aux distractions qui en résultaient, la malade voyait son affection reparaître moins souvent ; mais elle ne cessait pas. Enfin, après une durée de quinze mois environ, comme nous l'avons dit, la maladie cessa, sans qu'on ait pu savoir à quelle influence on devait rattacher cet heureux résultat. Aujourd'hui Mme X... jouit d'une santé parfaite, sauf quelques spasmes qui lui font craindre qu'elle n'ait une maladie du cœur, mais dont elle est certainement exempte, et la vue jouit de toute son intégrité. J'ai dit qu'on n'avait pu remonter à la cause qui avait mis fin à ces accidents : mais la malade reste convaincue qu'elle doit sa guérison à ses voyages : aussi continue-t-elle aujourd'hui de voyager fréquemment et toujours pédestrement. J'avoue que je ne suis pas éloigné de partager l'opinion de Mme X..., et je suis convaincu, dans tous les cas, qu'avec sa constitution et ses habitudes morbides, elle ne saurait choisir un genre de vie qui lui convînt mieux.

J'ai observé un autre cas de ce genre, et qui n'est pas moins inté-

ressant que celui-ci ; il est relatif à une jeune fille âgée de seize ans, menstruée régulièrement depuis un an. Cette jeune fille n'a jamais eu d'attaques hystériques proprement dites, mais elle a quelquefois des suffocations qui ont évidemment ce caractère. Un jour, étant à genoux dans la chapelle du pensionnat où elle réside en qualité d'élève, elle perd connaissance. On la transporte immédiatement à l'infirmerie ; là, sous l'influence des moyens ordinairement usités en pareil cas, la syncope se dissipe promptement. Mais le bras droit est en partie en résolution, il y a une légère distorsion de la bouche, et la vue est complétement éteinte. Les antécédents de la malade, la marche des accidents, et un peu, je l'avoue, l'âge, me firent rejeter l'idée de toute lésion grave. En conséquence, je me contentai de faire tenir la malade au lit, lui prescrivis une infusion de laurier-cerise, l'aspiration de l'éther et un lavement laxatif. Avant même que ces divers moyens eussent été appliqués, l'état de la malade s'était amélioré ; enfin, le soir même, il n'y a plus de traces d'accidents en apparence si graves.

Comme c'est là un ordre de faits peu connus, et dont il importe cependant aux praticiens d'être avertis, qu'on nous permette de placer, à côté de ceux que nous venons de rapporter, le suivant que nous empruntons à M. Landouzy. « Ce cas a trait à une demoiselle de Soissons, âgée de dix-neuf ans, en proie, depuis six mois, à de fréquents accès convulsifs, accompagnés de céphalalgie intense avec suffocation, boule épigastrique, syncopes incomplètes et sans perte de connaissance. Trois mois après le début de la névrose, survinrent d'abord une paralysie (du mouvement) du bras droit; quelques jours après, une paralysie du membre inférieur gauche, et enfin l'amaurose de l'œil droit. La paralysie des membres avait complétement disparu depuis six semaines malgré la continuation des paroxysmes nerveux, lorsque l'amaurose se déclara, et celle-ci durait depuis quinze jours lorsque je fus consulté. La malade distinguait le jour de la nuit ; mais, du reste, il était impossible d'établir la moindre différence entre les symptômes de cette amaurose et ceux de l'amaurose ordinaire. La vue ne s'était nullement améliorée pendant les trois mois qui suivirent ma consultation, lorsque tout à coup survint une nouvelle paralysie du bras droit. En moins de huit jours, l'amaurose disparut alors, malgré la persistance de la dysménorrhée et de la céphalalgie. »

On sait que le médecin de Reims a soutenu, dans le livre qu'il a publié sur l'hystérie, livre d'ailleurs remarquable, la doctrine de ceux qui placent le point de départ des accidents hystériques dans les altérations de la matrice ou de ses annexes. Nous ne partageons pas sa manière de voir à cet égard : l'hystérie, suivant nous, est une diathèse,

ou, si ce mot choque, se lie à une constitution particulière, et encore mal déterminée, de la femme, constitution dans laquelle l'appareil utérin joue évidemment un rôle, mais n'est pas tout. C'est à ce point de vue qu'il faut se placer pour bien comprendre la physionomie générale de l'hystérie, les accidents insolites par lesquels elle se manifeste quelquefois, et surtout pour en établir la thérapeutique rationnelle. Cette façon de comprendre les choses est si vraie, qu'elle entraîne, lorsqu'il s'agit d'instituer la thérapeutique de cette affection, ceux-là mêmes qui prétendent à localiser celle-ci dans l'appareil génital. Voyez plutôt l'ouvrage de M. Landouzy; sa thérapeutique, sa prophylaxie reposent en très-grande partie sur cette base. D'après cela, c'est donc en vain qu'on chercherait uniquement à combattre l'amaurose qui vient, dans quelques cas, compliquer l'hystérie, par les moyens propres à modifier l'utérus. Il est certainement utile, en pareille circonstance, de rétablir la fonction menstruelle quand elle est supprimée, mais cela ne suffit pas. Il faut régulariser la vie, et surtout les fonctions nerveuses, il faut agir énergiquement sur le moral, changer les habitudes, modifier, en un mot, profondément la constitution de la femme. Jusque là, vous pouvez pallier les accidents, ceux dont il s'agit spécialement ici comme les autres; mais vous ne triompherez point de la maladie, et resterez par conséquent toujours exposé à ses suites les plus graves.

Il est encore une autre variété de l'amaurose, dont nous avons eu occasion d'observer quelques cas, et dont il nous reste à parler. La maladie, dans ces cas, paraît évidemment sympathique des troubles du tube digestif, soit l'estomac, soit l'intestin. Dans un article publié dans ce journal même, il y a quelques années, nous avons rapporté un de ces faits. Nous l'avions emprunté à la clientèle particulière du professeur Fouquier. Nous ne ferons que le rappeler. Il s'agit, dans ce cas, d'une dame qui perdit rapidement la vue, et chez laquelle avaient préexisté des accidents légers du côté du tube digestif. Le médecin distingué de la Charité saisit habilement cette indication, traita le tube gastro-intestinal par la diète et un purgatif, et vit disparaître en peu de temps un accident qui avait fort alarmé et la malade et tout son entourage. Nous avons vu depuis lors un cas analogue à celui-ci. Ce cas nous a été présenté par une sœur de la Charité, qui, à la suite du jeûne et de l'abstinence pratiqués pendant un carême tout entier, vit sa vue s'affaiblir considérablement; la malade voyait encore, mais il lui était impossible de se livrer à ses occupations habituelles : ainsi elle ne pouvait lire, ne pouvait coudre; force lui était de tricoter, ce qu'on fait dans un certain monde, quand on ne voit plus. La cause de l'amblyopie que nous avions sous les yeux ici était évidente, aussi nous

gardâmes-nous bien de tourmenter les yeux. La sœur fut mise à une nourriture substantielle, qui, dans les premiers jours, fut mal digérée, mais dont l'estomac finit par prendre son parti; et, à mesure que la réfection se fit, la vue s'améliora, et enfin se rétablit. M. Barras, dans son ouvrage sur les gastro-entéralgies, a cité plusieurs faits dans lesquels on voit les malades devenir amaurotiques à un degré plus ou moins prononcé, sous l'influence d'une gastralgie. Le traitement de l'amaurose, en pareil cas, est celui de la maladie sous la dépendance de laquelle elle se trouve placée. Aussi est-ce à ce traitement qu'il se borne. On pourrait se demander si, dans ce cas, l'amaurose est le résultat de la réaction de l'estomac malade sur l'appareil optique, ou si elle n'est pas plutôt la conséquence de la débilitation de l'organisme. Il se peut sans doute que ces deux causes concourent au résultat; mais on ne peut nier l'influence directe que l'estomac, fonctionnant mal, peut exercer sur l'organe de la vision, quand on voit des cas où il suffit de provoquer le rejet de saburres amassées dans le ventricule gastrique pour faire cesser immédiatement une amaurose. Les auteurs ont encore rapporté des cas où l'amaurose se lie à la présence de vers dans l'intestin ; nous n'avons point vu de ces faits ; ils ne peuvent toutefois être révoqués en doute. Le choléra a quelquefois entraîné le développement de cette maladie ; dans ce cas, si les malades survivent, l'amaurose cesse avec le cataclysme gastro-intestinal.

Il nous serait facile d'étendre le cercle de ce travail, car ce ne sont point là les seules variétés d'amauroses sympathiques ou symptomatiques qu'on ait observées. Mais, ne nous proposant point de faire une monographie complète sur cette forme de la maladie, nous avons dû nous borner à ce qui précède, pour ne point sortir des limites de notre propre observation ou de ce qui se rattachait à elle dans la tradition scientifique.

Un chirurgien habile, M. Morel-Lavallée a, dans un des derniers numéros de ce journal même, inséré un travail intéressant sur la maladie dont nous venons d'essayer d'éclairer l'histoire. Ce ne sera peut-être pas sans quelque profit que les lecteurs du *Bulletin de Thérapeutique* rapprocheront deux travaux, exécutés à un point de vue essentiellement différent. Ainsi que M. Sichel, le chirurgien de l'hospice des Enfants-Trouvés tendrait peut-être à s'exagérer la fréquence des amauroses congestives : les faits que nous avons cités démontrent que si l'on était forcé de renfermer l'étiologie de cette affection dans un cercle aussi restreint, ce serait courir la chance de tomber dans de regrettables erreurs. M. Morel l'a parfaitement compris lui-même ; car, à côté de faits, à coup sûr fort intéressants, où une thérapeutique, basée

sur cette étiologie, conduit à des résultats si remarquables, il en a placé où cette méthode échoue complétement. Il y a donc, dans le mémoire de ce chirurgien distingué un double enseignement qu'il ne faut pas oublier : l'un, qu'il a mis lui-même dans une vive lumière; l'autre, que le présent travail a pour but de faire sortir un peu de l'ombre où il avait été laissé. *Good in all and none all good.* Longtemps encore, toujours peut-être, la vérité ne nous arrivera qu'à ces onéreuses conditions. MAX SIMON.

THÉRAPEUTIQUE CHIRURGICALE.

DES PHOSPHÈNES OU ANNEAUX LUMINEUX DE LA RÉTINE CONSIDÉRÉS DANS LEURS RAPPORTS AVEC LA PHYSIOLOGIE ET LA PATHOLOGIE DE LA VISION.

Ce phénomène si curieux de la production d'images lumineuses subjectivement perçues quand on comprime la rétine à travers les enveloppes de l'œil, qui, naguère encore, ne semblait être pour le physiologiste qu'un objet de pure curiosité, est devenu, grâce à une étude aussi persévérante qu'intelligente, un signe précieux et désormais indispensable pour établir le diagnostic et le pronostic d'un grand nombre d'affections oculaires. Les lecteurs du Bulletin ont eu les prémices des savantes recherches de M. Serres d'Uzès sur cet intéressant sujet; ils connaissent par conséquent le fait qui a servi de point de départ aux belles applications pratiques, à l'exposition desquelles est consacré le travail que nous nous proposons d'analyser en ce moment (1). C'est une séméiotique oculaire tout entière en quelque sorte qui est sortie de ce fait, si minime et si insignifiant, en apparence, au premier abord. Avant d'exposer sommairement les remarquables résultats obtenus par l'auteur, rappelons en quelques mots en quoi consiste le phénomène du phosphène et de quelle manière on doit s'y prendre pour l'obtenir.

Une légère pression exercée sur l'un des points du pourtour de l'œil fait naître instantanément deux sensations lumineuses simultanées. L'une, plus éclatante et plus grande, fig. 1 *d*, apparaît, dans le champ visuel, au côté opposé de la compression; l'autre, d'une lueur très-faible, à peine sensible, fig. 2, *g*, se produit non sur le point même, mais à côté du point de la compression, et semble un peu en avant du

(1) Un volume in-8° avec gravures, chez Victor Masson. Cet ouvrage est vendu au profit de l'Association médicale d'Alais. Nous pouvons donc revendiquer pour un de nos compatriotes l'initiative de la généreuse idée dont le célèbre Skoda a donné un récent exemple.

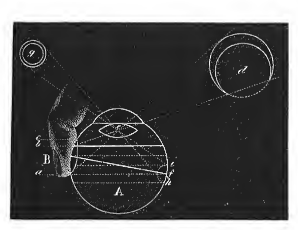


Fig. 1 Grand et petit phosphène.



Fig. 2. Phosphène externe ou temporal.



Fig. 3. Phosphène interne ou nasal.

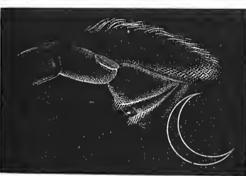


Fig. 4. Phosphène supérieur ou frontal.



Fig. 5. Phosphène inférieur ou jugal.

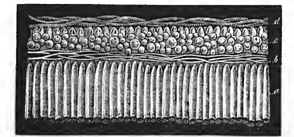


Fig. 6. Organisation de l'appareil rétinien.
a, bâtonnets; *b*, couche nerveuse; *c*, couche granuleuse; *d*, couche vasculaire.

doigt B ou du corps qui agit sur la paupière. La première de ces sensations est le *grand phosphène;* la seconde, le *petit phosphène.*

Le grand phosphène, ou simplement le phosphène, puisque c'est de celui-là seul qu'il sera question dans tout ce qui va suivre, se montrant sur quelque point du pourtour du globe oculaire que pèse le corps compresseur, il en résulte que le nombre des phosphènes est indéfini dans le même œil, ou plutôt qu'il n'en existe qu'un, dont le siége varie suivant la place où se fait sentir la pression. Pour mettre plus de précision dans les explications, M. Serres distingue par des noms particuliers quatre positions cardinales du phosphène, déterminées par les deux extrémités du diamètre oculaire joignant les deux angles interne et externe de la commissure palpébrale, et par les deux extrémités du diamètre perpendiculaire. Cela étant, et prenant pour base de chacune de ces dénominations celle de la partie de la face vers laquelle s'applique le corps compresseur, l'auteur appelle : *phosphène nasal* celui que provoque la pression opérée à l'angle interne, à côté de la racine du nez ; *phosphène temporal,* celui qui se produit par la compression à l'angle externe de l'œil, à côté de la tempe ; *phosphène frontal,* celui qui apparaît sous la pression de la partie supérieure de l'œil, au-dessous du front ; *phosphène jugal,* celui qu'on sollicite par la pression de la partie inférieure de l'œil, au-dessus de la joue.

L'une des particularités caractéristiques du phosphène qu'il importe le plus de bien connaître, c'est sa figure. Elle est annulaire, mais le cercle qu'elle décrit n'est pas complet. Un segment y manque, une coche plus ou moins élargie, selon la région de l'œil que le doigt interroge, rompt la continuité du cercle et le montre comme un croissant plus ou moins fermé ; et ce qui est d'une égale importance à savoir, c'est que la coche ou échancrure se fait toujours voir sur le côté du cercle le plus éloigné, en apparence, du point de pression, et semble confiner la ligne péri-orbitaire de la vision extérieure. Ainsi le phosphène nasal, fig. 3, offre un cercle lumineux presque entier ; la petite échancrure qui s'y fait remarquer semble se perdre en arrière, dans la tempe.

Au phosphène temporal, fig. 2, manque le quart environ de sa circonférence, et ce segment, demeuré obscur, correspond à l'arrière de la tête. On n'aperçoit dans le phosphène frontal, fig. 4, qu'une moitié environ du cercle lumineux ; le segment qui manque s'étend sur toute la partie qu'aurait occupée l'autre demi-cercle. Enfin, un segment lumineux, plus petit encore, apparaît dans le phosphène jugal, fig. 5, ne présentant guère qu'un tiers de cercle, et la large échancrure

due à l'absence des deux autres tiers semble se cacher sur le bord orbitaire supérieur.

Il était nécessaire de rappeler ces principaux caractères pour faciliter l'intelligence des applications ingénieuses que M. Serre fait de ces diverses impressions au diagnostic de certaines affections du globe oculaire. Nous pouvons maintenant aborder la partie pratique de son travail, faire connaître le parti qu'il a su en tirer.

Disons d'abord, avant d'entrer dans l'exposition des résultats des expériences de l'auteur sur ce point important, quelles sont les précautions à prendre pour appliquer méthodiquement au diagnostic des anesthésies de la rétine les données exploratrices du phosphène.

L'examen doit se faire préférablement de nuit, ou dans un local faiblement éclairé ; le sujet, ayant le dos tourné au point d'où vient la lumière, aura les yeux doucement fermés, sans contracter les paupières. Le choix du corps destiné à opérer la compression doit être basé sur cette double considération : 1° que l'étendue de l'image est proportionnelle à celle du corps compresseur ; 2° qu'elle est d'autant plus nette que ce dernier est plus dur, plus apte à comprimer un point limité, circonscrit et d'une certaine largeur. Le bord unguéal de la pulpe du doigt indicateur est, à tous égards, l'instrument le plus convenable, comme joignant à ces divers avantages celui de la sensibilité tactile au moyen de laquelle l'opérateur juge plus exactement du degré de pression qu'il exerce.

On comprend maintenant, si l'on parcourt par la pensée l'échelle de tous les degrés de manifestation du phénomène, depuis sa plus grande plénitude jusqu'à son absence complète, toutes les nuances d'altération ou de dégradation qu'il est susceptible de présenter dans les divers caractères, dans sa forme, dans sa coloration, dans l'intensité et la durée de la sensation lumineuse, dans sa position apparente, etc.; on comprend, disons-nous, quel parti l'on peut tirer pour le diagnostic des affections oculaires, et plus particulièrement de l'amaurose et de toutes celles qui peuvent s'y rapporter ou être confondues avec elle, de l'appréciation de ces divers caractères rapportés à des mesures et à des termes de comparaison préalablement convenus, et qu'il est très-aisé de trouver.

C'est ainsi que le diagnostic de l'amaurose, jusqu'ici souvent difficile, trouvera désormais dans l'exploration phosphénienne un caractère à la fois certain et facile. L'index, par un attouchement léger, cadencé ou bien continu, mais déplacé, suffit à cette exploration. L'absence du phosphène aux quatre points cardinaux de l'œil est le signe *pathognomonique* de l'amaurose, quelle que soit la cause qui l'ait

produite, que la paralysie soit rétinienne, optique, cérébrale, spinale, ganglionnaire, congestive, organique, etc., et quelles que soient les conditions de la pupille et des milieux de l'œil. « Depuis le moment où le phosphène a fixé notre attention, dit M. Serre, nous n'avons pas rencontré un seul amaurotique qui ait pu distinguer même l'apparence du phosphène par la pression méthodique du doigt sur le bulbe oculaire. » Une seule fois, M. Serre crut rencontrer une exception à une règle qui lui paraissait si bien établie par un nombre considérable d'observations à résultat constant, mais cette exception apparente ne fut, en réalité, qu'une confirmation plus éclatante encore de la règle. Il s'agit d'un sujet chez lequel le phosphène fit défaut, bien que la vue fût encore conservée ; mais vingt-quatre heures à peine s'étaient écoulées après cette exploration, que la vue était entièrement abolie, l'amaurose commençante était devenue complète. Le signe pathognomonique de l'amaurose avait en quelque sorte devancé la maladie elle-même, en annonçant son imminence. On peut lire cette curieuse observation dans l'une des communications que M. Serre a déjà faites, sur ce sujet, dans le *Bulletin*. Nous avons, toutefois, une réserve à faire pour certains cas dans lesquels la marche de l'amaurose a été très-lente. La production des phosphènes a pu disparaître et les malades conserver encore la faculté de voir. Un malade placé dans le service de M. Robert, à l'hôpital Beaujon, nous en a offert un exemple, et M. Desmarres nous a cité un cas semblable qui s'est présenté dans sa pratique privée. M. Serre explique cette apparente anomalie en disant que l'intégrité de toute l'étendue de la rétine n'est pas indispensable pour voir ; que le *punctum lucidum* de Sœmmering étant le principal point de perception, tant que ce point n'est pas atteint par la paralysie progressive, la vue peut se maintenir, bien que les phosphènes aient déjà cessé d'être visibles ; mais qu'on doit s'attendre à voir la cécité devenir complète d'un instant à l'autre.

Production constante des phosphènes dans l'état normal de la rétine, absence complète et constante de ce phénomène dans l'amaurose, tels sont les deux termes extrêmes entre lesquels viennent se placer une foule de nuances plus ou moins délicates, et qui, bien que plus difficiles à saisir, fourniront encore des signes précieux à la séméiologie oculaire. Tel est le cas pour l'amblyopie ; mais ici, pour que ce signe ait une précision suffisante, il faut s'attacher à en apprécier les divers degrés et les diverses nuances. Ainsi, les éléments séméiologiques des phosphènes se déduisent de leur grandeur, de leur forme, de leur couleur, de l'intensité de leur lumière, et surtout de leur nombre. Ce qu'il importe le plus de connaître, avant ces diverses nuan-

ces, c'est l'ordre de disparition des anneaux lumineux. Or, voici, d'après les recherches de M. Serre, dans quel ordre ils disparaissent à mesure que la paralysie rétinienne s'étend et se propage. Au premier degré d'anesthésie, le phosphène jugal cesse de se montrer, puis disparaît le phosphène frontal, dont l'absence entraîne toujours celle du précédent, puis vient l'absence du temporal, enfin celle du nasal qui s'éteint le dernier. Ce dernier absent, tous les autres manquent également.

Les changements morbides subis par les phosphènes dans leur couleur et l'intensité de leur lumière sont les indices du premier degré d'altération de la vue intérieure ou primitive, tandis que la réduction dans la grandeur du segment manquant du cercle, et la disparition de ce même cercle, sont les indices d'une paralysie portant sur une portion plus ou moins étendue de la rétine. Dans le premier cas, il y a lésion légère; dans le second, anesthésie limitée, mais complète.

Nous venons de dire quel est l'ordre successif de disparition des anneaux sous l'influence de la diminution progressive de la vision; le même ordre de réapparition en sens inverse, c'est-à-dire en commençant par l'anneau nasal, et en finissant par le jugal, a lieu, lorsque sous l'influence d'un traitement heureusement dirigé, la vision se rétablit d'une manière également graduelle.

Veut-on savoir si les scotomes ou photopsies, si l'héméralopie, la chrémopsie et l'achromatopsie sont ou non les symptômes d'une amaurose commençante et imminente? c'est encore la rétinoscopie qui décidera cette question par l'absence ou la présence des phosphènes. Mais c'est surtout lorsque la paralysie de la rétine est compliquée d'un obstacle au passage des rayons lumineux, c'est-à-dire alors que les symptômes objectifs sont le plus obscurs et le diagnostic le plus difficile, que se montre d'une manière plus éclatante encore l'utilité de l'exploration phosphénienne. Ainsi, dans le glaucome, la cataracte, l'atrésie de la pupille, l'hyphéma, l'hypopion; dans toutes les altérations de la cornée qui compromettent sa transparence, dans l'ankyloblépharon, l'exploration de l'œil par les phosphènes est désormais un moyen auquel le praticien ne saurait se dispenser de recourir; car elle lui fournira, seule, les notions indispensables pour apprécier convenablement les éventualités d'une opération à pratiquer.

La rétinoscopie phosphénienne, enfin, ne rendra pas de moindres services pour le diagnostic de ces divers états de fatigue et troubles fonctionnels de la rétine que MM. Pétrequin et Bonnet ont désignés récemment sous les noms de kopiopie et d'ophthalmocopie, de la myopie et de la presbytie, etc.

Il serait superflu de multiplier davantage ici les exemples et la spé-

cification des circonstances nombreuses où le nouveau mode d'exploration imaginé par M. Serre trouvera d'utiles applications. Le principe sur lequel il repose, et le mécanisme de la production de ce phénomène une fois bien compris, les praticiens sauront en tirer eux-mêmes, à l'occasion, toutes les indications qu'il renferme.

Nous ne saurions terminer cet exposé sans rendre hommage à notre savant confrère d'Alais, pour la sagacité et la persévérance dont il a fait preuve dans ses ingénieuses recherches, et sans lui payer un juste tribut de remercîment pour les services importants qu'il a rendus à la science, en fournissant un élément aussi précieux à l'étude de la physiologie et de la pathologie de la vision.

DE L'EFFICACITÉ DE LA GLACE COMBINÉE A LA COMPRESSION POUR RÉDUIRE LES HERNIES ÉTRANGLÉES, ET COMBATTRE LA PÉRITONITE CONSÉCUTIVE.

Par M. BAUDENS, inspecteur général, membre du Conseil de santé des armées.

Le traitement que nous appliquons avec tant de succès aux lésions de cause traumatique, la glace avec ou sans sel marin, nous l'avons étendu aux hernies étranglées.

Sur seize cas de hernies compliquées d'étranglement, alors que les moyens ordinaires de réduction avaient échoué, nous comptons seize réussites, dues à la glace, associée à l'action d'une compression locale, méthodique et permanente. Ce chiffre n'est sans doute pas bien élevé encore; il nous paraît digne, néanmoins, d'être pris en très-sérieuse considération.

Ce nouveau traitement, nous le faisons précéder de considérations : 1° sur les effets de l'étranglement et de l'engouement ; 2° sur l'état vital des viscères herniés ; 3° sur l'action thérapeutique de la glace pour réduire les hernies étranglées.

Nous ne parlerons, dans cette analyse, que du dernier chapitre.

Action thérapeutique de la glace sur les hernies étranglées. — Et d'abord, rappelons que le premier effet de la constriction des viscères herniés, de l'étranglement, c'est la strangulation des vaisseaux capillaires. Dès ce moment, la hernie augmente de volume, se congestionne, et ne peut plus rentrer dans l'abdomen ; bientôt après, elle devient dure, chaude, douloureuse, en proie à l'inflammation la plus vive, avec menace de gangrène; il faut se hâter d'agir.

Or, n'est-il pas de toute évidence que, pour arriver à faire rentrer les hernies, il faut, avant tout, se préoccuper d'en réduire le volume occasionné par l'arrêt de la circulation capillaire, volume accidentellement acquis par le fait de la congestion sanguine dans toute partie

soumise à l'étranglement, ainsi qu'on le voit pour le gland par la compression du prépuce, lors d'un paraphymosis?

Pour obtenir ce résultat, la glace est, de tous les agents, le plus efficace. Nous avons à lui demander deux choses, qu'elle ne refuse jamais : la première de refouler les liquides qui engorgent la hernie; la seconde, de faire cesser cette inflammation, qui aboutirait à la gangrène, si l'art n'intervenait.

Nous nous sommes demandé pourquoi le traitement par le froid est condamné par les auteurs; par Boyer, qui s'exprime ainsi, et résume l'opinion générale : « Dans l'étranglement inflammatoire, où la hernie « et le bas-ventre sont ordinairement très-enflammés et douloureux, « on ne doit jamais hasarder l'application de la glace ou de la neige, « parce qu'elle pourrait produire la gangrène, en éteignant le peu de « vie qui reste encore dans les parties enflammées. » Aujourd'hui, nous pouvons répondre avec une entière conviction, sans ostentation comme sans fausse modestie : le *traitement par le froid est condamné parce que, jusqu'à nous, les effets thérapeutiques de la glace ont été méconnus, ou mal appréciés.*

Les détracteurs de la méthode réfrigérante, quand ils opposent les risques de la gangrène par congélation, les dangers des répercussions et d'arrêts de transpiration, ont raison au point de vue où ils se placent ; mais leur point d'optique n'est pas le nôtre.

Ils oublient que l'inflammation communique à la région dont elle s'est emparée une résistance au froid des plus remarquables. L'oreille d'un lapin, enflammée par suite de congélation, n'a pu être congelée de nouveau (expériences de Hunter). Tout est là; un pas de plus, Hunter aurait dit, avant nous, qu'il faut distinguer *le calorique normal et le calorique en excès :*

Le calorique normal ou physiologique, celui de l'état de santé; le calorique en excès, dont la source est au foyer pathologique, et qu'on serait tenté d'appeler calorique morbide, si la physique le permettait.

Cette distinction capitale une fois admise, les inductions sont faciles.

L'un, le calorique normal, indispensable à l'exercice régulier des fonctions, doit être toujours respecté, pour éviter les congélations, répercussions, etc.; il est, en effet, de toute évidence qu'on ne pourrait impunément appliquer, plusieurs jours de suite, de la glace sur une région, si elle n'était en proie à une vive inflammation.

L'autre, le calorique en excès, si remarquable par son activité et par son incroyable puissance de reproduction, est nuisible : il doit, au fur et à mesure qu'il se développe, être soutiré avec une persévérance parfois très-grande.

Il nous est arrivé de laisser, pendant quarante jours, de nombreux et gros morceaux de glace sur la jambe de M. Farcy, officier blessé aux événements de juin 1848. Nous avions extrait, en esquilles, un quart de la substance du tibia pour faire, selon notre précepte, d'une plaie compliquée une plaie simple; et, en maîtrisant par la glace une épouvantable réaction inflammatoire, nous avons sauvé le membre, si bien qu'après quinze mois de ménagements ce brave militaire, qui habite Paris, est parvenu à marcher sans béquilles. Nous comptons par milliers les cas où, pendant un ou plusieurs jours, de la glace pilée, additionnée de sel marin, a été appliquée sur des foyers compliqués d'étranglement. Le thermomètre descendait à—14° centigrades; et les malades, bien loin de ressentir des effets de congélation, accusaient, dans le foyer, une chaleur plus élevée que dans l'état normal, tant est prodigieuse parfois l'intensité du feu à éteindre. Ces faits semblent incroyables; aujourd'hui, encore, ils ont tout le prestige de la nouveauté; et cependant, ils datent de plus de vingt ans : dix années consécutives, ils se sont produits au grand jour, devant des centaines d'élèves, à notre clinique du Val-de-Grâce.

Un examen bien digne d'intérêt serait de rechercher à quelle source s'alimente cette énorme production de calorique en excès.

Si la partie phlogosée ne puisait ses éléments de résistance au froid qu'aux sources normales, qu'aux foyers connus de la combustion dans les poumons, d'après Lavoisier et Séguin; au sein de nos organes pendant le cours de la circulation, surtout dans les vaisseaux capillaires, d'après l'opinion de Lagrange, Spallanzani et des physiologistes de nos jours, le cratère ne tarderait pas à s'épuiser sous l'empire d'une réfrigération portée à—14° centigr.

L'appel et l'afflux plus considérables du fluide nerveux et du sang dans la région enflammée ne sauraient rendre compte de la grande somme de calorique produit, car la circulation capillaire se trouve promptement interrompue par l'engorgement et l'obstruction des petits vaisseaux sanguins.

Nous pensons que l'énorme quantité de calorique enlevée à la source qui l'alimente avec une activité comparable à celle du feu, se régénère principalement par suite d'un travail de décomposition chimico-organique, dont la puissance est en raison directe du degré d'énergie de la phlegmasie locale.

La quantité de calorique normal produite par la combustion du charbon au sein de nos organes, 240 grammes en vingt-quatre heures, d'après les remarquables recherches de MM. Andral et Gavarret, et par la combustion de l'hydrogène, 20 grammes en vingt-quatre

heures, d'après les beaux travaux de M. Dumas, est évaluée pour les deux à 2627 calories ; d'où il résulte que la chaleur produite par un homme adulte, en vingt-quatre heures, suffirait pour élever d'un degré la température de 2,627 kilogrammes d'eau. Or, cette production de chaleur propre au corps de l'homme ne peut alimenter le foyer pathologique, puisque, d'après M. Dumas celle qui n'est pas épuisée par le rayonnement est absorbée par les grandes fonctions de l'économie. Il nous est arrivé souvent de chercher à apprécier le degré de chaleur en excès, soit à l'aide de l'appareil thermo-électrique de M. Becquerel, soit en plongeant la boule d'un thermomètre au centre d'un foyer organique, et constamment le peu de résultats obtenus nous a étonné. Tandis que, en effet, le thermomètre appliqué sous l'aisselle s'élève à × 37° environ, il ne monte que de un à un degré et demi au centre d'un phlegmon aigu. Mais, quand on songe que, dans les climats les plus chauds, la température animale ne gagne que de un à deux degrés, on doit reconnaître que ce résultat, si minime en apparence, n'en a pas moins une importance réelle.

On objecte encore, au traitement par la glace, que l'inflammation étant nécessaire à la guérison des plaies, il ne faut pas s'opposer à son développement.

Pour rester tout à fait dans le vrai, il faudrait dire : l'inflammation modérée, contenue, dégagée de ses fréquents écarts. Avec cette réserve, et sous ce bénéfice, nous sommes parfaitement d'accord. Le précepte, ainsi modifié, nous l'acceptons comme une vérité élémentaire, incontestable. C'est pour n'avoir pas toujours respecté l'inflammation modérée, que la méthode réfrigérante a eu des mécomptes et tant de détracteurs.

La difficulté, le nœud gordien, c'était de trouver un moyen infaillible de n'agir que sur la portion nuisible, sur l'excédant du calorique accidentellement développé. Ce problème, nous l'avons complétement résolu, comme on le verra.

Ce qui est nécessaire à la cicatrisation, à la réunion des plaies, par première intention, c'est l'inflammation au premier degré, appelée inflammation adhésive par suite de la sécrétion d'une lymphe coagulable, d'une matière fibro-albumineuse plastique, qui exsude de tous les points, dès que se produit un travail phlegmasique modéré.

Quand l'inflammation cesse d'être modérée, quand surtout elle étale avec violence, comme dans la hernie étranglée, les accidents se succèdent d'autant plus rapidement que la lutte est plus vive. Il faut se hâter d'agir.

Les saignées générales et locales, le débridement lui-même, échouent

souvent contre une inflammation que rien ne peut éteindre, et qui, semblable à un incendie, ne s'arrête que faute d'aliments. Alors, apparaissent les phlegmons profonds et diffus, avec fusées purulentes, mortification du tissu cellulaire, résorption, phlébite, gangrène.

Il faut ici un frein plus puissant que les antiphlogistiques classiques, saignées, cataplasmes, etc., pour arrêter la marche de ces terribles accidents. Ce frein souverain, nous l'avons découvert ; c'est l'application de la glace avec ou sans sel marin.

On objecte encore que la méthode réfrigérante a le danger de masquer les symptômes et d'inspirer au chirurgien une sécurité périlleuse. Pour être retardée, dit-on, l'inflammation n'éclate, plus tard, qu'avec plus de violence.

Cette objection prouve, une fois de plus, que le froid, dans ses effets thérapeutiques, est méconnu.

Du moment, en effet, que l'inflammation traumatique conserve assez de calorique pour rester modérée, le travail de restauration suit une marche régulière. Il n'éprouverait de perturbation que si la glace enlevait tout le calorique produit, ce dont il faut avoir bien garde, nous l'avons déjà dit. Voilà pourquoi, comme conséquence des principes par nous appliqués au froid, il nous arrive, quand le sujet est épuisé, comme cela peut avoir lieu à la suite d'une amputation nécessitée pour une lésion chronique, d'envelopper d'ouate et d'entourer de chaleur le moignon de l'amputé, parce que le calorique nécessaire menace de faire défaut, par insuffisance de réaction.

La glace, dans ce cas, serait un monstrueuxe ontre-sens ; il faudrait s'en prendre, en cas de revers, à l'impéritie, non à la méthode.

On voit par là combien sont chimériques les prétendus dangers de congélation, répercussion, etc., puisque, malgré la glace, la partie qui en reçoit l'effet est plus chaude que dans l'état normal.

Pour que la gangrène par congélation, notée par A. Cooper, fût à craindre, dit M. Velpeau, « il faudrait que la glace fût employée avec bien peu de précautions, et je doute qu'un pareil accident soit réellement à redouter. »

Comment éviter les écueils du traitement par la glace? Nous possédons un moyen simple et infaillible d'éviter les risques du traitement par le froid, et de n'en conserver que les bienfaits. Ce précieux critérium nous est fourni par le malade lui-même.

Notons bien que le contact du froid sur une partie phlogosée est agréable et soulage. Il modère l'activité du foyer morbide, générateur du calorique en excès. Excès de calorique qui, d'effet ou produit, devient cause et réagit avec maléfice, en exaltant soit l'action de décom-

position organo-chimique, comme le pensent les physiciens; soit l'innervation et l'afflux du sang, selon l'opinion des physiologistes ; soit les deux à la fois, ce qui est assez probable.

Cette bienfaisante sensation du froid persiste tant qu'il y a du feu à éteindre. C'est pourquoi il faut toujours graduer l'action du froid sur l'intensité du foyer.

Telle que nous l'entendons, la méthode réfrigérante roule sur un axe gradué. A l'un des pôles est l'eau froide, à l'autre pôle la glace avec sel marin.

On commence par appliquer sur la partie enflammée une simple compresse, trempée de temps en temps dans une eau dont la température doit être graduellement de plus en plus abaissée. On dépose, ensuite, sur la compresse laissée en place, des morceaux de glace, en nombre et en grosseur variables, selon le degré désiré de réfrigération.

Si cela ne suffit pas, si la glace ne produit qu'un médiocre soulagement, sans anéantir un profond sentiment de brûlure; si, selon l'expression de quelques malades, la glace semble se réchauffer, c'est que son action est insuffisante. Il faut l'augmenter par un mélange de sel marin et de glace pilée. A l'aide de ce réfrigérant, nous obtenons —14°. On sait que le froid peut même descendre à —20° 55, en mettant à deux parties de glace pilée une partie de sel.

Maintenant, pour graduer les moyens à l'action, sans risquer de faire fausse route, rien de plus aisé.

Nous avons dit que le contact du froid sur une partie enflammée procure des sensations agréables non douteuses. Eh bien ! ce sont ces sensations qu'il faut soigneusement interroger.

Tant que vous éprouverez, disons-nous, des réfrigérants un sentiment de bien-être, persistez. Dès qu'ils cesseront d'être bienfaisants, ce qu'on reconnaît aisément à une impression de froid et d'humidité désagréable, analogue à celle qu'on ressentirait en état de santé, supprimez-les. Seuls, les malades sont juges du degré convenable du froid et de sa durée : leurs sensations sont leurs guides, et ces guides-là ne trompent jamais; seulement il faut être en garde contre une reconnaissance exagérée. Les bienfaits du froid engagent souvent à en faire abus. Il doit être gradué dans son action, ne dépasser jamais les limites voulues, afin de le supprimer doucement, dès qu'à la chaleur phlegmoneuse, locale, succède un certain sentiment de refroidissement. Ce signe, nous le répétons, est un avertissement dont il faut tenir bien compte.

Cette sensation de froid désagréable se produit dès que le foyer pa-

thologique s'éteint, parce qu'alors, ce n'est plus du calorique en excès, mais du calorique normal que la glace soutire ; elle irait jusqu'à la souffrance la plus vive, si l'on persistait. Qui n'a ressenti cet engourdissement douloureux du bout des doigts causé par le froid, qu'on appelle onglée? Cette onglée, il suffit, pour la produire, de tenir, pendant quelques secondes, un morceau de glace entre le pouce et l'index ; mais, si ces doigts étaient en proie à un panaris aigu, il n'en serait plus de même. La glace additionnée, même de sel marin, serait alors supportée comme un grand bienfait. La glace n'est pas seulement l'arme la plus puissante pour combattre l'inflammation traumatique, elle présente en outre cet immense avantage de ne pas affaiblir comme les saignées. Ses saignées, à elle, sont des soustractions continues, et jusqu'à épuisement, du calorique en excès.

Le malade conserve toutes ses forces, l'économie toutes ses ressources, pour faire face aux frais de la maladie, sans compter que les frais de la maladie sont bien moins considérables par le traitement réfrigérant que par tout autre, attendu qu'il restreint considérablement le cercle inflammatoire. Que de fois, les chirurgiens n'ont-ils pas à déplorer la perte de malades conduits jusqu'à la convalescence, touchant au terme de la guérison, parce que, épuisés par des saignées, ils n'ont pu vivre assez longtemps sur leur propre fonds, et suffire à des suppurations qui cependant allaient cesser !

Effets de la glace sur les hernies étranglées. — Les effets de la glace sur une hernie étranglée sont : le refoulement des liquides, la sédation de la douleur, la condensation des gaz contenus dans l'intestin, l'affaissement de la tumeur, l'enrayement des accidents inflammatoires, et, surtout de la péritonite, si souvent mortelle. La glace ne donnât-elle que ce dernier résultat, un temps d'arrêt dans la marche si rapide des accidents, afin de permettre au chirurgien de ne rien précipiter, et d'essayer, sans dangers de temporisation, des moyens plus innocents que l'opération, son emploi se trouverait parfaitement justifié.

Le refoulement des liquides, la condensation des gaz, amènent dans les parties herniées une diminution de volume qui donne plein pouvoir au taxis, jusque-là impuissant.

La réduction peut être spontanée, sous l'influence seule de réfrigérants, nous en citerons trois exemples ; mais quand elle n'a pas lieu ainsi, il faut la provoquer en secondant la glace par un bandage compressif. Cette double action nous a toujours réussi jusqu'à ce jour.

Quand la tumeur est si douloureuse qu'elle ne peut supporter la moindre compression, il faut toujours débuter par la glace seule. Une

fois la douleur apaisée, on peut, si on le juge bon, lui adjoindre un spica qu'on fera recouvrir de glace pilée.

Pour doter ce bandage d'une action contractile, continue, analogue à celle des doigts, nous nous servons d'une bande élastique, préparée avec du caoutchouc. Ce bandage spécial, nous l'appelons spica-taxis.

On sait que le taxis ordinaire ne peut guère être employé quand la tumeur est enflammée et très-douloureuse. On sait qu'il expose à des froissements et même à des déchirures, quelque précaution que l'on prenne, parce que l'intestin enflammé résiste beaucoup moins. La compression-taxis, précédée et accompagnée de glace, faite avec une bande élastique, n'expose pas à ce danger. Pour la seconder efficacement, le bassin doit être soulevé, afin de faciliter, par une position déclive, la rentrée des viscères.

Là, où elle apparaît dans toute son efficacité, c'est quand, après avoir épuisé toute la liste des moyens conseillés pour réduire une hernie, le chirurgien n'a plus d'autre ressource que l'opération.

Dans seize cas analogues, les seuls auxquels nous ayons eu jusqu'à ce jour l'occasion d'appliquer notre traitement, nous avons pu éviter la kélotomie, et tous les malades ont obtenu une prompte guérison.

Ces faits sont relatés dans le mémoire déposé, et dont nous ne reproduisons ici que l'analyse.

La glace, c'est notre intime conviction, est appelée à opérer une révolution complète dans le traitement des lésions traumatiques. Depuis vingt-quatre ans, elle a constamment répondu à notre attente ; si elle n'a pas triomphé encore, c'est que rien n'est si difficile à déraciner que des préjugés et surtout des erreurs. L'Académie des sciences appréciera si nous avons posé des principes, formulé des lois, donné des guides certains, si nous avons en un mot établi le dogme.

BAUDENS.

CHIMIE ET PHARMACIE.

DE LA SUBSTITUTION DU SULFATE ACIDE DE SOUDE A L'ACIDE TARTRIQUE POUR LES EAUX GAZEUSES.

M. Dorvault a proposé de substituer le sulfate acide de soude à l'acide tartrique, pour préparer les eaux gazeuses avec les appareils gazogènes. En faisant cette proposition, M. Dorvault a eu pour but d'augmenter l'emploi de ces eaux, en en diminuant le prix. Voici sa formule :

Sulfate de soude cristallisé................	1000 parties.
Acide sulfurique à 66 degrés.............	250 parties.

On introduit le tout dans une marmite de fonte émaillée, et l'on fait chauffer jusqu'à ce qu'une petite quantité de la matière jetée sur un corps froid se prenne en masse par le refroidissement; alors on coule sur des plaques en faïence, on laisse refroidir, et l'on conserve, pour l'usage, dans des pots ou dans des flacons bouchés.

M. Lafabrègue a critiqué la proposition de M. Dorvault, en disant qu'il prépare depuis très-longtemps un sel acide de soude pour remplacer l'acide tartrique dans la préparation des eaux gazeuses, et qu'il emploie de préférence le sulfate de soude anhydre, et fortement acide, qui provient des cylindres des fabriques d'acide nitrique, parce que ce sel est moins cher que le sulfate ordinaire, parce qu'il faut ajouter beaucoup moins d'acide sulfurique, et parce que la préparation du sel acide est moins longue.

On ne peut pas dire que M. Lafabrègue n'ait pas raison ; mais il est facile de comprendre pourquoi M. Dorvault a choisi le sulfate ordinaire. Certainement, si le sulfate anhydre était aussi répandu dans les pharmacies que le sulfate cristallisé, nul doute que M. Dorvault ne lui eût donné la préférence; mais, comme il s'adressait aux pharmaciens, et comme il savait que les pharmaciens n'ont à leur disposition que du sulfate cristallisé, il devait nécessairement faire la proposition qu'il a faite, et cette proposition est utile, cela n'est pas contestable.

Nous devons faire remarquer, cependant, que le sulfate acide de soude attire plus l'humidité de l'air que le bi-sulfate de potasse.

NOTE SUR L'EMPLATRE DE CIGUE.

Parmi les pharmaciens qui désirent perfectionner les préparations pharmaceutiques, nous devons signaler notre savant confrère, M. Emile Mouchon, de Lyon, car il propose souvent de modifier les anciens médicaments. Aujourd'hui, M. Mouchon s'occupe de l'emplâtre de ciguë, et recommande la formule suivante :

Poix blanche.	1,000	grammes.
Poix résine.	1,000	—
Cire jaune.	1,000	—
Gomme ammoniaque .	750	—
Huile de ciguë. . . .	250	—
Ciguë en poudre fine.	1,000	—
Eau commune. . . .	2,000	—

« Placez dans une bassine la cire jaune et l'huile de ciguë ; formez une masse pâteuse avec la ciguë et l'eau, ajoutez ce dernier mélange

au précédent déjà liquéfié, procédez à l'évaporation d'une grande partie de l'eau, et ajoutez les autres constituants que vous aurez préalablement dépurés par liquéfaction et filtration à la toile, opération qui leur fait perdre environ 125 grammes d'impuretés.

« Cet emplâtre est d'un plus beau vert que celui qui résulte du mode opératoire adopté par MM. Henry et Guibourt, la ciguë ne cédant sa chlorophylle à la cire, à l'huile et aux corps résineux qui le constituent, qu'avec l'intermède d'une quantité convenable d'eau; il est d'ailleurs évident que la présence de l'eau retenue par la masse emplastique favorise fortement l'interposition de la matière active, et qu'il résulte un profit réel pour les propriétés de l'agent médical. »

M. Mouchon n'a point changé les poids des principes constituants de la formule de MM. Henry et Guibourt, mais il en a modifié le *modus faciendi*, en faisant bouillir la cire et l'huile de ciguë avec la poudre de ciguë et de l'eau, et en recommandant de laisser 260 grammes d'eau dans la masse emplastique. Le but que M. Mouchon veut atteindre en employant de l'eau est facile à connaître, puisque, pendant l'ébullition, l'eau dissout les principes solubles de la ciguë et laisse de l'extrait interposé entre les molécules emplastiques. Son emplâtre tient donc le milieu entre celui de MM. Henry et Guibourt et celui de M. Planche, qui est entièrement composé avec de l'extrait de ciguë.

Si l'on cherche, pour juger la proposition de M. Mouchon, à se rendre compte de l'efficacité des formules qui ont été proposées pour préparer l'emplâtre de ciguë, on est tenté d'admettre que les emplâtres qui contiennent de l'extrait de ciguë doivent être préférés à ceux qui n'en contiennent pas. En effet, lorsqu'on prépare un écusson avec de l'emplâtre de ciguë qui contient de l'extrait, l'extrait qui est interposé entre les particules emplastiques se trouve en contact avec la peau, et l'écusson a toutes les propriétés de l'extrait de ciguë, tandis que l'écusson qui est fait avec un emplâtre qui a été préparé en mélangeant simplement la poudre de ciguë avec les matières résineuses, etc., qui composent cet emplâtre, ne peut agir que lorsque l'humidité qui recouvre la partie sur laquelle est posée l'écusson s'est chargée des principes solubles de cette poudre, etc.

Cette discussion des propriétés de l'emplâtre de ciguë nous permet de soulever une question assez importante, au point de vue de la thérapeutique.

Lorsqu'on étudie les nombreuses formules des emplâtres qui ont été publiées, on est tenté de se demander si les auteurs de ces formules ont eu la précaution de rechercher s'il y avait une différence entre l'action de la masse emplastique qui doit servir d'excipient au principe actif

d'un emplâtre, et l'action de l'emplâtre lorsqu'il est terminé ; et si, dans beaucoup de cas, les effets n'appartiennent pas plutôt à l'excipient qu'à la base de l'emplâtre. Nous n'avons pas la prétention de dire que les propriétés de tous les emplâtres résident dans l'excipient, puisque nous en connaissons un certain nombre dont l'action est incontestable et ne peut pas être attribuée à l'excipient; mais nous croyons qu'il est essentiellement important que les auteurs de ces formules tiennent compte, dans l'appréciation des propriétés des emplâtres, de l'action des matières emplastiques qui servent d'excipient aux substances qui sont considérées comme les bases des emplâtres, afin de ne pas introduire, au nombre des agents thérapeutiques, des préparations qui n'ont de valeur que par leur excipient.

MODIFICATIONS DES PILULES FERRUGINEUSES DU DOCTEUR BLAUD.

M. Mathieu, pharmacien à Mons (Belgique), conseille de préparer ces pilules de la manière suivante :

Sulfate ferreux récemment préparé et pulvérisé. .	50	grammes.
Bicarbonate potassique pulvérisé.	50	—
Sucre pulvérisé.	8	—
Gomme arabique pulvérisée.	8	—
Eau distillée.	16	—

« Pesez l'eau dans une capsule de porcelaine, et faites fondre à froid le sucre et la gomme; ajoutez le bicarbonate, puis chauffez légèrement pour rendre ce mélange plus liquide. Alors retirez la capsule de dessus le feu, et mêlez-y, par petites portions, le sulfate ferreux, en ayant soin d'attendre que l'effervescence produite par l'addition d'une partie de ce sel soit apaisée, avant d'en ajouter une nouvelle quantité.

« Lorsque l'action chimique est presque achevée, portez la capsule sur un bain-marie, chauffé à un degré moindre que l'ébullition de l'eau. La masse ne tarde pas à se liquéfier ; évaporez-la en la remuant presque continuellement avec une spatule de fer, jusqu'à ce qu'un peu de pâte, roulée en pilule, ne se déforme pas en refroidissant.

« La masse pilulaire est bien homogène et d'un gris verdâtre ; elle doit être divisée en pilules de 30 centigrammes.

« Roulez les pilules dans de la poudre de sucre ; faites-les sécher dans un endroit chaud, pendant quelques heures, et conservez-les dans de la poudre d'amidon, à l'abri de l'humidité. »

Cette formule est certainement la meilleure qui ait été publiée. Les pilules sont faciles à préparer ; elles ont toutes les propriétés annoncées par l'auteur, et elles se conservent très-bien. Nous en avons qui sont faites depuis plus de trois semaines et elles sont encore vertes.

M. Mathieu recommande de diviser la masse en pilules de 30 centigrammes, mais nous pensons qu'il serait peut-être préférable de la diviser de manière que chaque pilule représentât le fer qui est contenu dans 15 centigrammes de sulfate : les pilules seraient moins volumineuses et plus faciles à prendre.

SIROP DE FEUILLES DE NOYER.

M. Lhermite recommande aux pharmaciens la formule suivante pour préparer ce sirop :

Feuilles fraîches de noyer. . . . Q. S.

« Pilez les feuilles et exprimez-les. Pilez le résidu avec le quart de son poids d'eau, et exprimez de nouveau. Mêlez les liqueurs et chauffez-les pour coaguler l'albumine ; laissez refroidir et filtrez ; prenez :

Liqueur filtrée. . . . Q. V.
Sucre. . . . . Q. S.

« Faites fondre au bain-marie, laissez refroidir et passez.

« Ce sirop est très-aromatique, et nullement comparable au sirop de feuilles de noyer préparé avec l'extrait ou bien avec les feuilles sèches. »

M. Lhermite dit qu'il suffit, pour obtenir le brou de noix des confiseurs, d'ajouter à ce sirop une quantité convenable d'eau-de-vie ou d'esprit-de-vin.

DESCHAMPS.

CORRESPONDANCE MÉDICALE.

RÉSUMÉ DE QUELQUES NOUVELLES EXPÉRIMENTATIONS DE L'INOCULATION LACTO-VARIOLIQUE.

Vous n'avez pas oublié, très-honoré confrère, que j'essayais à l'hospice de la Charité de Manosque, l'inoculation lacto-variolique, et vous avez la bonté de me demander le résultat de mes expériences, pour les placer sous les yeux des lecteurs du *Bulletin*, afin qu'ils soient à même de juger cette question, toute d'actualité. Je ne puis vous satisfaire qu'à demi, car ces expériences, se pratiquant au milieu d'une épidémie de variole, de vaccinations et de revaccinations, ont réveillé chez moi une foule d'observations, et enfin produit un travail dont l'ensemble arrive à des conséquences pratiques nombreuses que j'ai cru de mon devoir de soumettre à l'autorité et à l'Académie de médecine : à M. de Bouville, préfet des Basses-Alpes, parce que cet administrateur éclairé et philanthrope s'occupe, d'une manière particulière, des questions médicales de notre département, et qu'il est le créateur

de comités de vaccination, qui peuvent seuls peut-être fournir le moyen de mettre en pratique les conséquences scientifiques auxquelles je suis arrivé; à l'Académie impériale de médecine, parce que toute idée de pratique médicale doit aller s'épurer devant cet aréopage, aussi sage que vénéré. En effet, voulant essentiellement être utile, j'ai senti que je ne pouvais vraiment l'être qu'en soumettant les nouvelles vues que j'induisais, et les nouvelles pratiques que je proposais, à la sanction de ce corps savant, conservateur de nos véritables traditions scientifiques.

Ce préambule vous explique que je ne pourrai vous transmettre ce même travail, qui, du cabinet de M. le préfet des Basses-Alpes, est peut-être déjà passé dans le secrétariat de l'Académie; mais je puis en détacher de suite le résumé de mes observations lacto-varioliques, comme profiter de l'occasion pour me livrer à des considérations nouvelles que m'inspire la note fort intéressante, et surtout si sagement pensée, que vous avez insérée dans votre dernier numéro.

Je dirai tout d'abord que si votre prudence vous a fait suspendre votre jugement sur les inoculations lacto-varioliques, votre clairvoyance, d'autre part, transperce les faits, de telle manière que vous avez vu presque entièrement la question. Oui, comme vous le dites, le procédé de MM. Robert et Brachet n'est autre que l'inoculation elle-même, avec tous ses avantages et ses inconvénients. Ce n'est pas le lait qui ôte à la variole sa malignité et la réduit à se limiter, c'est la voie qu'elle prend, dites-vous, c'est la manière dont elle pénètre dans l'économie; j'ajouterai, c'est la disposition individuelle, c'est la constitution qu'elle rencontre.

Cette question des inoculations lacto-varioliques m'est familière depuis assez longtemps, car, bien avant que j'eusse lu l'ouvrage de feu M. Robert, cet honorable compatriote m'avait souvent parlé de ses idées, de ses observations et de ses expériences; mais, chose singulière, d'une manière telle, qu'il m'avait paru peu sérieusement convaincu, et avait pu moins encore me convaincre. Ce n'a été que lorsque M. Brachet et d'autres médecins de Lyon ont affirmé de nouveau la chose, qu'alors je me suis pris à douter et à désirer d'expérimenter. Je l'ai fait, et c'est de ces expérimentations que je viens vous entretenir.

Auparavant, demandons-nous si c'est pour remplacer purement et simplement la vaccine, ou si c'est pour obtenir mieux, que nous pratiquons des inoculations mitigées. La question en vaut la peine; car, si c'est seulement pour remplacer la vaccine, quelque difficulté que nous ayons souvent, dans nos contrées éloignées, de nous en procurer, le motif me paraîtrait insuffisant.

Je crois donc, avec juste raison, que l'ambition des nouveaux inoculateurs, y compris M. Robert, quoiqu'il s'en rendît peu compte, puisqu'il conclut seulement à une similitude parfaite de forme entre l'éruption vaccinale et l'éruption variolique, et s'arrête là, consisterait vraiment à obtenir une plus grande préservation que par la vaccine.

Eh bien! les obstacles naissent au premier pas : oui, pour avoir cette idée, il faut avoir celle que la vaccine n'est qu'une variole adoucie et mitigée par les modifications survenues dans son passage à travers la constitution de la vache, idée que je partage et que n'est pas loin d'admettre M. Bousquet. L'expérience du docteur Sunderland, si elle n'a pas été controuvée, la démontre péremptoirement.

N'importe, la difficulté n'est pas là encore ; elle consiste précisément à savoir si, en mitigeant avec le lait ce virus, et en parvenant à l'adoucir au point de la vaccine, on a encore un plus grand degré de préservation à espérer, parce que ce serait, dit-on, chaque fois, comme si l'on avait du cow-pox nouveau, cow-pox que l'on croit plus efficace, parce qu'il est plus énergique.

Ces derniers mots expliquent le problème en question, que j'ai développé dans mon mémoire à l'Académie et à M. le préfet des Basses-Alpes : la préservation de l'inoculation n'est réellement plus grande que celle de la vaccine, que parce que la maladie communiquée se rapproche davantage de la maladie primitive ; d'où il résulterait toujours parfaitement, comme l'avait déjà annoncé Jenner, qu'il n'y aurait pas antagonisme entre les deux maladies, mais seulement répulsion de l'organisme, même pour les degrés différents de cette même maladie. Toutefois, cette répulsion cesserait plus tôt dans tous les cas où le degré s'éloignerait davantage de la maladie primitive. C'est donc dire que si l'on pouvait adoucir le virus variolique avec le lait, au même degré que la vaccine, on affaiblirait aussi sa puissance de préservation jusqu'au même point, et qu'ainsi nous n'aurions pas fait une brillante conquête sur la vaccine.

Mais malheureusement nous n'en sommes pas là, car je puis ajouter aux faits de M. Bouchacourt d'autres faits qui prouvent, entre autres choses, que le mélange du lait n'adoucit nullement, et d'aucune manière, le virus variolique.

Voici le résumé de mes expérimentations :

La variole prend un enfant non vacciné à l'hospice de la Charité de Manosque ; et, chose heureuse, peu rare toutefois, et qui déjà explique l'influence individuelle sur la forme de la maladie, cet enfant, après la fièvre la plus légère, n'eut que deux boutons caractéristiques, et quelques autres insignifiants, qui tous se flétrirent très-promptement.

La bénignité de cette variole, et la question renouvelée du mélange du lait avec le virus me déterminèrent, alors que l'hospice allait être envahi, et que nous n'avions pas de vaccin, d'abord à faire séquestrer l'enfant malade, et puis à inoculer un dortoir de douze enfants qui, disait-on, n'avaient pas été vaccinés. Je voulus donc essayer des inoculations lacto-varioliques, dont on faisait tant de bruit, mais cependant y procéder lentement, et de deux à deux, pour bien expérimenter et observer, comme pour m'arrêter à temps, si je rencontrais quelque danger.

J'inoculai ainsi successivement sept individus ; mais, dans cet intervalle, les cinq autres n'attendirent pas ma lancette et gagnèrent la maladie par contagion miasmatique. Or, voilà le principal inconvénient, le grand grief dont j'accuserai l'inoculation lacto-variolique, eût-elle les avantages qu'on a bien voulu lui prêter si gratuitement. D'ailleurs, voici les circonstances essentielles qui se sont présentées chez les sept individus opérés : deux n'ont pas voulu prendre la variole, ni par la lancette, ni par la contagion, et des cinq autres, deux n'ont eu qu'une éruption locale; et trois, après l'éruption locale, une éruption générale : mais chez ces trois, les choses n'ont pas été aussi bénignes qu'on pourrait le supposer. D'abord, dès le cinquième jour, l'éruption locale a été accompagnée d'une bonne fièvre qui n'a diminué que trois jours après, du huitième au neuvième jour, pour recommencer beaucoup plus intense le dixième ou onzième, lors de l'éruption générale, et durer alors de cinq à six jours, c'est-à-dire jusqu'à la suppuration. De sorte que la maladie communiquée est souvent fort sérieuse pendant une quinzaine de jours.

Toutefois, lorsque j'ai parlé d'éruption générale, ai-je bien employé le mot propre? Non; je ne l'ai fait peut-être qu'au figuré ou par antithèse, du moins. Voici le fait : au dixième jour ont apparu des pustules clairsemées, très-clairsemées même, mais sur toute la surface du corps. Deux sœurs en eurent, l'une assez sur les lèvres, où elle venait d'avoir une holophlictis; l'autre, sur toute la langue et toute l'arrière-gorge, qui en furent couvertes, sans préjudice des quelques pustules répandues sur le tronc et sur les membres. La troisième n'en eut pas par paquet, mais seulement çà et là.

Maintenant arrêtons-nous un instant sur les deux sujets qui n'ont eu qu'une éruption locale ; l'une avait quinze ans, l'autre cinq. La fièvre fut très-légère chez la fille de quinze ans, très-intense chez l'autre; mais aussi elle s'arrêta chez toutes deux au huitième jour, pour ne plus reparaître. L'enfant de cinq ans n'avait pas été vacciné : donc, si l'éruption a été locale, c'est une affaire de constitution ou de disposition

organique momentanée, rentrant dans l'observation commune des inoculations, comme M. Guillon et d'autres inoculateurs en ont fourni de nombreux exemples. Reste la fille de quinze ans; mais, chez celle-ci, j'ai découvert une empreinte de vaccine, et les pustules n'ont pas eu la même forme que chez les autres individus. Ainsi, alors que chez ces derniers, elles étaient larges, aplaties, transparentes sur les bords, déprimées au centre, et ressemblaient en tous points à des pustules de variole ou de vaccine : chez cette fille, elles étaient acuminées, rouges jusqu'au milieu de l'élévation, où paraissait seulement le liquide virulent ou puriforme. Ce fut au point que je me demandai si la maladie, en perdant ici ses caractères, n'avait pas perdu ses propriétés, sa force virulente. Je me hâtai d'inoculer ce virus, et j'en obtins de belles pustules varioliques.

Que conclure de là? D'abord il me semble que la modification observée, toute individuelle, ne pouvait se rattacher qu'à la condition dans laquelle se trouvait la constitution de cette fille. Et comment douter de cela, lorsque, dans les épidémies de variole, nous en voyons de si graves et de si bénignes; lorsque nous voyons des familles entières non-seulement y passer, mais être atteintes presque au même moment et avec la même forme de mal; lorsque nous voyons des membres d'une même famille mourir presque en même temps, l'un dans un pays, l'autre dans un autre, sous des conditions épidémiques analogues, il est vrai, mais dans des situations hygiéniques différentes? Pouvons-nous douter de la part que prend la constitution, lorsque nous voyons que, sur sept individus inoculés, deux ne veulent pas recevoir la variole par inoculation, tandis que cinq autres la prennent par la seule influence miasmatique?

Mais cette constitution aussi différente n'aurait-elle pas été telle chez notre fille de quinze ans, par la vaccine antérieure? Voilà un autre problème et une autre question, qui valent la peine d'être examinés, parce qu'on pourrait bien trouver dans une vaccine antérieure le véritable lénitif de l'inoculation, et, dans celle-ci, la garantie plus certaine d'une atteinte de variole.

Mais ici je ne veux pas empiéter davantage sur le travail que j'ai eu l'honneur de présenter à l'Académie de médecine; par conséquent, je ne m'étendrai pas plus longuement sur ce sujet. Ce ne sera que lorsque la savante assemblée aura examiné ces questions que je pourrai donner à notre cher *Bulletin* d'autres détails, en embrassant plus longuement les questions scientifiques et pratiques que je crois pouvoir induire de l'ensemble des faits.

Pour le moment, je n'ai pas cru devoir refuser, laissez-moi répéter

le mot, à ce cher *Bulletin*, le vieil et toujours plus nouvel ami des médecins praticiens, ce que l'expérience venait de m'apprendre touchant les inoculations lacto-varioliques, dont on venait de faire tant de bruit. Mais, pour le reste, je dois attendre l'épuration académique.

Résumons cependant les conséquences capitales et pratiques que l'on peut déjà induire de mes bien simples et bien courtes expériences. Toutefois, ces expériences, jointes aux connaissances acquises avec lesquelles elles s'harmonisent parfaitement, le soin, et enfin la sincérité que j'ai apportés à l'observation leur donnent, il me semble, une entière signification. C'est ainsi qu'elles expriment en même temps et à la fois :

1° Que le mélange du lait ne change en rien la force et la puissance du virus variolique ;

2° Qu'il produit également la fièvre vive et intense de la simple inoculation, et enfin l'inconvénient de l'éruption variolique générale ;

3° Que surtout cette inoculation a toujours le danger de propager les germes de la variole, par conséquent de produire ou de prolonger une épidémie, comme nous en avons vu des exemples, cités même par feu M. Robert, le promoteur de l'inoculation lacto-variolique, et précisément à Manosque et à Sainte-Tulle.

De cette dernière circonstance je conclus donc que : l'inoculation prétendue mitigée le serait-elle réellement si ce dernier inconvénient persistait? Tout, à mon avis, serait détruit, car, par ce fait, il faut en venir à la conclusion de M. Bousquet, que « *l'inoculation est un bienfait immense pour l'individu et un danger réel pour les sociétés.* »

N'y aurait-il pas moyen cependant de jouir de ce bienfait, sans inconvénient pour les sociétés? Voilà le problème nouveau que je crois avoir résolu, autant que possible, au milieu de bien des difficultés, dans mon mémoire adressé à l'Académie.

Mais je dois réserver cette communication pour un autre moment. Tout ce que je puis dire, c'est que ce serait la vaccine qui donnerait encore le moyen de profiter de l'inoculation. D[r] Dauvergne,

Médecin de l'hôpital de Manosque (Basses-Alpes).

BIBLIOGRAPHIE.

De la suette miliaire, de sa nature et de son traitement. Traité pratique, suivi d'une analyse de toutes les épidémies de suette observées jusqu'à ce jour ; par le docteur A. Foucart.

Dans l'excellent *Traité de la suette miliaire*, que vient de publier M. le docteur Foucart, d'autres ont loué ou loueront la description détaillée et complète de la maladie, considérée d'une manière générale

dans ses diverses périodes, dans les phénomènes principaux qui la constituent, dans les formes nombreuses et variées qu'elle revêt, dans les complications qui peuvent s'y adjoindre, dans les conditions étiologiques qui en occasionnent le développement ou qui en assurent la propagation, etc., etc. Pour nous, praticiens, le grand intérêt du livre de M. Foucart est dans les conclusions générales auxquelles ce médecin a été conduit par ses observations et ses recherches, relativement à la nature et surtout au traitement de la maladie.

« La suette miliaire, dit M. Foucart, n'est pas cette affection dangereuse et terrible que l'on pense généralement. Dans l'immense majorité des cas, elle constitue une maladie dont la gravité est bien loin d'être aussi grande, dont viendra facilement à bout le traitement hygiénique le plus simple, et qui présentera rarement des accidents sérieux. Si souvent elle est devenue funeste, si la mortalité s'est élevée jusqu'à 1 sur 3, comme dans certaines épidémies du siècle dernier, si elle est restée à 1 sur 18 au moins, comme il est arrivé dans les communes de la Somme et de l'Aisne que j'ai visitées, ce n'est que parce qu'elle n'a pas été traitée d'une manière convenable, ou parce que la thérapeutique a été instituée contrairement aux préceptes les plus élémentaires de l'art et de la logique..... La suette miliaire est de nature septique ou toxhémique, comme les fièvres éruptives, le typhus, et présente à considérer trois groupes de phénomènes distincts, qui se relient les uns aux autres par les connexions les plus étroites, les phénomènes de septicité se traduisant, entre autres caractères, par le mode d'invasion, l'état du sang, la rapidité de la putréfaction après la mort; les phénomènes gastriques (état saburral constant, sans inflammation des voies digestives), les phénomènes nerveux dépendant essentiellement des deux états précédents, et constituant le danger presque unique de la maladie. »

Mais ce traitement si efficace, si certainement constant dans ses effets, quel est-il ? Laissons parler encore M. Foucart. « Le traitement de la suette doit être dirigé contre la nature même de la maladie, et, secondairement seulement, contre chacun de ses symptômes ; il doit consister dans l'emploi des couvertures légères, les boissons froides en très-petite quantité à la fois et souvent répétées, les vomitifs administrés et comme évacuants des premières voies, et comme agents perturbateurs de l'économie (l'ipécacuanha est le seul qui doit être employé en cette circonstance), les purgatifs salins, destinés à combattre la constipation constante dans cette affection, les révulsifs cutanés, et principalement le sinapisme épigastrique et sus-sternal, dans le cas de suffocation; une diète sévère pendant la maladie, une alimentation lé-

gère et exclusivement liquide, pendant les premiers jours de la convalescence. »

En résumé, la suette miliaire, rapprochée des affections septiques ou toxhémiques, l'ipécacuanha généralisé dans l'administration de cette maladie, employé au début comme dans les périodes les plus avancées, dans les cas graves comme dans les cas bénins : tels sont, au point de vue exclusivement pratique, auquel nous nous plaçons en ce moment, les faits principaux mis en lumière par M. Foucart. Ces faits, et surtout le dernier, ont, nous aimons à le reconnaître, une grande portée. Les malades que M. Foucart a eu à traiter, dans l'épidémie de 1849, n'ont eu qu'à se louer de la fermeté et de la décision qu'il a montrées dans l'emploi de cette méthode thérapeutique, et les résultats obtenus par ce médecin n'ont fait que mettre davantage en relief ce qu'on savait déjà, et ce que nous avions déjà dit bien souvent nous-mêmes, des inconvénients et des dangers des émissions sanguines. Ce qui confirme encore, nous devons l'ajouter, la bonté de la médication adoptée par M. Foucart, c'est que ce n'est pas, comme on pourrait le croire, au commencement de l'épidémie que notre confrère a commencé ses expériences. Il est arrivé dans des localités où l'épidémie débutait, où les malades périssaient étouffés sous les couvertures et épuisés par les saignées. Dès son apparition, l'épidémie a changé de face, et partout où la mortalité existait dans des proportions quelconques, elle a cessé complétement dès l'emploi de l'ipécacuanha.

Nous avons lu avec attention les faits rapportés par M. Foucart, et nous n'hésitons pas à partager ses convictions relativement à l'efficacité générale des évacuants, et de l'ipécacuanha en particulier, dans la suette miliaire. Mais M. Foucart ne s'est-il pas un peu hâté de conclure d'une manière absolue, en faveur de la méthode évacuante? N'y a-t-il pas des inconvénients, quand il s'agit d'une maladie épidémique régnant dans des localités très-différentes et pouvant emprunter à ces localités quelque chose de tout particulier; n'y a-t-il pas des inconvénients, disons-nous, à se lier les mains par avance dans l'emploi exclusif d'une médication quelconque? Trop heureux de posséder une médication efficace, M. Foucart n'a pu songer à employer d'autres moyens; mais qui nous dit, par exemple, que le sulfate de quinine n'eût pas donné entre ses mains, comme il l'a fait entre celles de M. Taufflieb, des résultats à peu de chose près aussi favorables?...

Nous soumettons ces quelques observations à notre confrère et à nos lecteurs. La médication recommandée par M. Foucart a fait aujourd'hui ses preuves, et si une nouvelle épidémie de suette éclatait, ce serait certainement cette médication qui devrait être employée d'abord,

à moins de contre-indication formelle; mais l'avenir seul pourra nous apprendre si les espérances que nous donne M. Foucart, et que nous sommes trop heureux d'accepter, sont bien réellement fondées, et si la suette miliaire doit cesser, grâce à cette médication, d'être une maladie redoutable. Tout ce que nous pouvons dire, en terminant, c'est que le traité que vient de nous donner M. Foucart est à la fois l'ouvrage le plus instructif, le plus utile, le meilleur livre, enfin, que la science possède sur la suette miliaire. L'Académie de médecine a honoré de sa haute sanction le travail de M. Foucart : c'est un jugement qui sera ratifié par tous ceux, et le nombre en sera grand, qui liront ce livre avec l'attention qu'il mérite.

BULLETIN DES HOPITAUX.

Bougies-éponges destinées au traitement des rétrécissements. — Le traitement des rétrécissements a le privilége d'exercer le génie des chirurgiens. En tête des méthodes classiques se place aujourd'hui la dilatation, elle est, en effet, la plus inoffensive en même temps que la plus efficace ; mais il n'est pas indifférent, pour arriver au résultat désiré, de procéder d'une manière instantanée, brusque et rapide, ou d'une façon lente, graduée, progressive.

M. Alquié, qui s'est occupé avec sollicitude de ce point important de pratique chirurgicale, croit être arrivé à découvrir le moyen d'obtenir la dilatation des coarctations urétrales, à la fois rapide et inoffensive, à l'aide de nouvelles bougies qu'il nous a chargé de soumettre à l'examen de la Société de chirurgie. N'approuvant pas la distension mécanique des rétrécissements, à l'aide des instruments métalliques proposés de nos jours, le professeur de Montpellier a pensé pouvoir arriver au même résultat, d'une façon moins violente, à la faveur de corps poreux et dilatants. Après avoir essayé diverses matières propres à prendre un grand volume, sous l'influence de la chaleur et de l'humidité des parties vivantes, M. Alquié s'est arrêté à l'éponge convenablement préparée. Quelques tentatives, faites avec des bougies grossièrement préparées par lui-même, l'ayant convaincu de l'utilité de ce moyen, le chirurgien-chef de l'hôtel-Dieu-Saint-Eloi s'est adressé à M. Baudassé-Casotte, fabricant de cordes harmoniques à Montpellier. Cet habile fabricant est parvenu à confectionner des bougies en éponge préparée, recouvertes d'une enveloppe en baudruche très-fine. Elles sont composées, ainsi que le montrent les figures ci-contre, de trois parties : un mandrin en baleine auquel est solidement fixée une éponge

d'un diamètre qui varie suivant le numéro de la bougie. *Fig.* 1.—Cette éponge, grâce à un nouveau mode de compression, est réduite à moins du tiers de son volume ; la surface en est lisse, au point qu'on la dirait polie. *Fig.* 2. — Elle est alors revêtue d'une enveloppe de baudruche, *Fig.* 3 ; tandis que le mandrin en baleine est recouvert de matière emplastique, qui sert à la confection des bougies ordinaires : l'instrument est alors complet. *Fig.* 4.

Ces bougies, trempées dans l'eau, puis leur extrémité enduite de cérat, sont introduites dans les conduits rétréeis ; là, elles ne tardent pas se gonfler lentement, doucement, de sorte qu'en peu d'heures, le corps dilatant a triplé de volume. Un des élèves distingués de M. Alquié, M. Raynaud, prétend que la bougie est préparée de telle sorte qu'elle se dilate le plus fortement au point coarcté; mais rien dans le mode de construction de l'instrument ne vient légitimer, à nos yeux, l'assertion de notre jeune confrère. Il est même à craindre de voir se reproduire les résultats fâcheux que l'on a obtenus, il y a quelques années, avec les bougies en ivoire flexible. De même que l'éponge, l'ivoire possède la propriété de se dilater par le mucus urétral; les bougies en ivoire, en se dilatant, au-dessous comme au-dessus de la bride coarctée, acquéraient alors une forme bi lobée, qui s'opposait à leur retrait. Des accidents graves ont eu lieu, et divers chirurgiens se sont trouvés plusieurs fois sur le point d'être obligés de pratiquer la section du rétrécissement, pour obtenir la sortie de la bougie en ivoire.

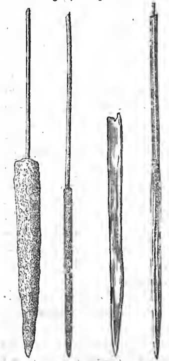


Fig. 1. Fig. 2. Fig. 3. Fig. 4.

Le nouvel instrument n'offrirait-il point le même danger? En l'absence de faits produits par M. Alquié, nous avons provoqué un essai. M. Ricord a bien voulu expérimenter la *bougie-éponge*. Deux malades de l'hôpital du Midi, affectés de rétrécissement, ont été soumis aux nouvelles bougies ; l'instrument a été introduit assez facilement, mais

il n'a pu être supporté plus d'une heure. La dilatation de l'éponge n'a pas été très-considérable : aussi, en prenant la précaution de tourner la bougie sur elle-même en la retirant, comme on le fait d'un tire-bouchon, aucun accident n'a eu lieu. L'instrument retiré, la douleur que sa présence avait provoquée n'a pas tardé à disparaître. — M. Alquié recommande d'introduire une assez forte bougie en gomme élastique, aussitôt l'extraction de la bougie-éponge.

Si, au point de vue du traitement des rétrécissements, la bougie-éponge attend, comme toutes les moyens nouveaux, des faits cliniques nombreux pour être jugée et acceptée, il est certaines autres applications de l'instrument qui peuvent être appréciées immédiatement ; ainsi son emploi pour la dilatation du col utérin, dans les cas de dysménorrhée mécanique, ainsi que M. Simpson en a donné le conseil et l'exemple ; puis, lorsqu'on veut élargir une incision, afin de faciliter la sortie du pus, et que le voisinage des vaisseaux proscrit l'emploi de l'instrument tranchant.

Enfin, M. Alquié signale une troisième application, non moins heureuse, des sondes-éponges. En voici un exemple, rapporté par M. Raynaud. Un militaire est apporté à l'Hôtel-Dieu, pour s'y faire traiter d'une fracture des os du nez, avec plaie contuse des parties molles environnantes. Les fragments ne pouvaient rester en place, et il fallait quelque appareil pour les soutenir dans une contention convenable. Les sondes-éponges permirent d'obtenir facilement ce résultat. Introduites et laissées dans les narines pendant plusieurs jours, des portions de ces tiges dilatantes permirent la formation d'un cal régulier et le rétablissement du nez dans sa forme normale.

M. Alquié, se proposant de donner aux bougies-éponges des applications fort variées, nous croyons devoir lui signaler une modification qui, dans certains cas, viendrait ajouter encore à l'action mécanique du moyen. C'est l'imbibition préalable du corps dilatant par des substances médicamenteuses ; puisque l'enveloppe de baudruche permet aux humidités urétrales d'imprégner l'éponge à travers le tissu, il se ferait, par endosmose, un échange, et l'action thérapeutique profiterait des éléments actifs qui entreraient dans la confection de l'éponge : ainsi l'alun, contre les cas de rétrécissements, le perchlorure de fer dans les hémorrhagies utérines, les narcotiques dans les cas où on aurait à craindre l'action du traumatisme. Il y a, dans cette action dynamique des substances médicamenteuses, ajoutée à l'action mécanique de la bougie, une ressource réelle, qui doit concourir au succès de la méthode.

RÉPERTOIRE MÉDICAL.

ALCALINS (*Du traitement rationnel de la congestion et de l'apoplexie par les*) *et en particulier par le bicarbonate de soude.* Le traitement de l'apoplexie tel qu'il a été dès longtemps institué, et tel qu'il est généralement appliqué de nos jours, est bien, jusqu'à un certain point, rationnel, puisqu'il est déduit de la connaissance du phénomène organique qui constitue la cause prochaine immédiate des symptômes designés sous le nom d'apoplexie (congestion, hémorrhagie); mais au delà de ce phénomène, et antérieurement à sa production, il s'est passé une série d'actes qui l'ont préparé et déterminé. En d'autres termes, au delà de la cause immédiate des phénomènes apoplectiques, il y a une cause éloignée permanente, incessamment agissante, que ne peut et ne saurait atteindre le traitement dont il s'agit, qui ne s'applique avec efficacité qu'aux accidents dont il importerait, avant tout, de prévenir l'explosion. Le traitement véritablement rationnel de la congestion et de l'apoplexie serait donc celui qui s'appliquerait à l'état de l'organisme qui constitue la prédisposition à l'apoplexie, l'imminence de l'apoplexie. Quel est cet état, et quels sont les agents thérapeutiques qui y sont le mieux appropriés? Tel est le problème dont M. le docteur Ed. Carrière a cherché la solution, dans un travail plein d'intérêt, qu'il vient de publier.

C'est sur des recherches étiologiques, appuyées sur l'expérience pratique, que M. Carrière a fondé la méthode de traitement qu'il propose de diriger contre la cause première de la congestion et de l'apoplexie.

Pour M. Carrière, il y a, avant tout, une prédisposition à la congestion et à l'apoplexie. Cette prédisposition, il la trouve dans une altération du fluide nourricier dans le sang. Cette altération, c'est l'alcalisation insuffisante du sang. Ce fluide est normalement alcalin; il avait besoin de l'être pour circuler librement dans l'immense réseau vasculaire qu'il doit parcourir. Lorsque, sous certaines influences, telles, par exemple, qu'une alimentation trop riche, le sang perd de son alcalinité, il circule plus difficilement, il stagne dans certains parenchymes, il opère des raptus: de là la congestion, de là l'hémorrhagie, l'apoplexie proprement dite.

S'étayant, d'une part, sur cette étiologie, à laquelle l'auteur donne des développements que nous ne pouvons reproduire ici, et, d'autre part, sur la connaissance acquise des effets physiologiques des alcalins, il propose la médication alcaline comme traitement rationnel de la prédisposition à l'apoplexie.

Voici en quels termes M. Carrière formule la médication et le mode d'emploi de cette médication :

Le traitement par les alcalins n'offre pas de difficulté. La situation une fois constatée, il faut agir à faible dose, pour les affections circonscrites; à doses plus élevées, pour les plus étendues et les plus graves. La manière la plus simple de les administrer est la meilleure, et le médicament qui doit avoir la préférence sur tous les autres est le bicarbonate de soude. Loin d'exclure les eaux minérales alcalines, l'auteur les recommande, au contraire. Loin de rejeter l'ammoniaque, il le croit utile, aussi, dans les cas ou dans les moments pressés. Ces règles générales une fois posées, voici les détails plus précis que M. Carrière formule.

Quand l'affection est bornée à l'estomac, quelques grammes de bicarbonate de soude suffisent. On l'administre par doses d'un demi-gramme ou d'un gramme, tout au plus, dans un verre d'eau édulcorée de sirop simple. Après douze ou quinze jours, et quelquefois moins, de cette médication, il est rare que les douleurs et la paresse des facultés digestives n'aient pas cessé.

Lorsque l'économie présente des symptômes généraux de congestion et que le danger paraît encore éloigné, les chances sont favorables pour commencer le traitement. On comprend que l'effet du traitement est successif et qu'il ne s'improvise pas; il est évident qu'il faut un délai pour qu'une transformation profonde s'opère dans les quantités chimiques du sang et dans celles d'autres humeurs. Ainsi, à cette époque surtout où les violentes se-

cousses ne sont pas encore à craindre, on peut compter sur une grande amélioration, et peut-être sur un succès complet, au moyen du bicarbonate de soude. On commencera par 1 gramme dans de l'eau et du sirop simple, et l'on arrivera progressivement jusqu'à 2, et même plus haut, sans trop élever la dose. C'est dans la mesure, ainsi que le fait très-judicieusement remarquer l'auteur, que gît l'efficacité de la médication. En interrompant, au bout de deux, trois semaines ou un mois, l'administration régulière de la potion, on pourra mieux juger la valeur réelle des effets et conserver au médicament son action, en restant dans les limites des doses modérées.

Dans un état plus avancé, c'est-à-dire à la veille ou au moment d'une congestion simple, comme d'une congestion apoplectique, c'est à l'ammoniaque qu'il faut avoir recours, à l'imitation de MM. Page et Gavarret. La dose de 25 gouttes dans un demi-verre d'eau, pendant les attaques, paraît à M. Carrière assez forte; mais comme ce mélange s'administre par intervalle, on peut l'admettre, et on peut même augmenter, suivant les cas, les proportions de l'élément actif. Après l'attaque, au lieu de donner 5 gouttes, toutes les heures, dans un demi-verre d'eau, M. Carrière pense qu'il serait préférable de rapprocher l'action, en donnant 2 gouttes, toutes les demi-heures, dans la même quantité de liquide.

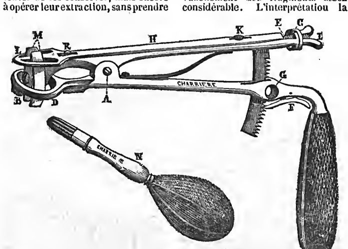
L'essai de cette méthode est trop aisé à faire et trop exempt d'inconvénients pour que nous ne nous empressions de nous joindre à M. le docteur Carrière, pour appeler sur son travail, et sur les idées pratiques qu'il renferme, l'attention des médecins et les épreuves de l'expérience. (*Annales médico-psychologiques*, avril.)

CAFÉINE. *De son action curative dans la migraine.* Le docteur Eulenburg a obtenu, lui aussi, d'excellents résultats de l'emploi de la caféine dans le traitement de cette névrose rebelle; seulement, il ne l'a encore employée que dans deux cas, sur des hommes de trente à quarante ans, jouissant, du reste, d'une très-bonne santé. Les accès revenaient de une à quatre semaines, allant peu à peu en augmentant, jusqu'à ce qu'ils eussent atteint leur paroxysme; quelquefois ils se calmaient après un vomissement. Plusieurs remèdes avaient été donnés inutilement. L'auteur fit prendre, dès les premières atteintes du mal, une poudre de 10 centigrammes de caféine, et répéter cette dose trois fois par jour, de deux en deux heures. Le médicament eut pour effet, non-seulement de calmer les douleurs, mais aussi d'éloigner les accès. L'auteur rappelle les bons effets que l'on a obtenus de l'emploi du citrate de caféine; mais, à cause de sa cherté, il propose de le remplacer par de l'extrait de café, dont 20 centigrammes représentent 5 centigrammes de caféine. (*All. Mediz. Central-Zeitung*, et *Gaz. méd.*, juin.)

CATARACTE (*De l'opération de la*) *chez les personnes très-avancées en âge.* Il est un préjugé généralement accrédité parmi les gens du monde, et même parmi les médecins, c'est que l'opération de la cataracte ne réussit que très-rarement chez les personnes avancées en âge. Que ce préjugé ait quelque fondement, en ce qui touche l'opération de la cataracte par abaissement, nous sommes tout disposé à l'admettre. On sait, en effet, que chez les personnes d'un âge avancé, le cristallin déprimé ne s'absorbe que bien rarement. Tout le monde connaît les belles recherches de Scarpa, confirmées depuis par celles des ophthalmologistes modernes, et qui ont démontré la conservation du cristallin déprimé, devenu opaque, dans la partie inférieure du corps vitré, pendant un grand nombre d'années. Aussi, a-t-on vu souvent, même plusieurs années après l'opération, la cataracte remonter et priver de nouveau l'opéré de la vue. Mais, lorsqu'on pratique l'extraction, le même danger n'existe plus, et les suites de l'opération, chez les vieillards, ne sont pas plus graves que chez les adultes. M. Pamard a donc rendu un véritable service, en examinant de nouveau ce point de pratique, et surtout en faisant connaître vingt-six cas de succès de cette opération chez des sujets dont le moins âgé avait soixante-dix ans, et le plus âgé quatre-vingt-six ans. La question n'est donc pas douteuse : l'opération de la cataracte par extraction rend la vue à un grand nombre de vieillards; mais la science a quel-

que chose de plus à demander à M. Pamard, c'est de faire connaître les résultats complets de sa longue expérience sur l'opération de la cataracte par extraction, et en particulier pour ce qui regarde les vieillards. Il ne suffit pas, en effet, de savoir qu'un assez grand nombre de vieillards ont recouvré la vue, il faut savoir encore quelle a été la proportion des succès et des insuccès de cette opération à cet âge de la vie, de même qu'il serait bien utile de déterminer exactement à cet âge la valeur comparative de l'opération de la cataracte par abaissement et de la cataracte par extraction. (*Annales d'oculistique*, mai 1854.)

DENTS (*Nouveau modèle d'élévatoire destiné à la luxation des*). Malgré le grand nombre d'instruments semblables que renferme l'arsenal chirurgical, aucun bon modèle n'a encore été proposé, ce qui nous engage à consigner ici la présentation qu'un médecin militaire, M. Rogues, vient de faire à l'Academie. Le nouvel instrument ne serait pas destiné seulement à opérer la luxation des dents assez peu malades pour qu'on puisse tenter de les conserver, mais encore à opérer leur extraction, sans prendre



un point d'appui sur l'alvéole. Ainsi que le montre la figure ci-jointe l'*élévatoire odontalgique* est composé de deux branches. L'extrémité de la branche supérieure vient saisir le collet de la dent à l'aide de deux plaques en ressorts M; l'anneau B, D, qui termine la branche inférieure, fournit un point d'appui sur les dents voisines, ou sur un fragment de liége, en cas d'absence de l'une d'elles, et le mouvement de bascule des deux branches est opéré à l'aide d'une clef N, que l'on introduit une ouverture G du manche de l'instrument. (*Compte-rendu de l'Acad. de méd.*, mai.)

FRACTURES. *Leur influence sur le développement des os chez les enfants.* M. Blaizeau a communiqué à l'Académie des sciences, sous ce titre, un mémoire qu'il résume en ces termes :

Il y a environ huit mois, j'observai, à la clinique de M. Guersant, un enfant de quatre à cinq ans, atteint de fracture de la cuisse consolidée, sans raccourcissement. Le petit malade ayant succombé, au trentième jour de sa fracture, par suite d'une maladie intercurrente, on mesura, à l'autopsie, les deux fémurs pour vérifier leur longueur; ils étaient égaux, à un millimètre près; mais, après avoir scié longitudinalement le fémur fracturé, on fut tout étonné de trouver un chevauchement des fragments assez considérable. L'interprétation la plus rationnelle était que, sous l'influence de la fracture, il y avait eu dans la circulation osseuse un surcroît d'activité, qui, au lieu de borner sa sphère d'action au niveau de la rupture, s'était fait sentir sur toute la longueur de l'os et en avait exa-

géré le travail ostéogénique. En supposant cette explication exacte, il restait un point à élucider.

Dans toutes les fractures des enfants, y a-t-il elongation plus grande de l'os brisé que de l'autre, ou le fait observé chez M. Guersant est-il exceptionnel? De nouvelles observations pouvaient seules répondre; mais, vu la difficulté d'apprécier sur le vivant le rapport exact des fragments plongés au milieu du cal et de mesurer leur degré de chevauchement, il a fallu recourir aux expériences sur des animaux (sur des lapins très jeunes).

M. Blaizeau énonce dans les termes suivants les résultats de ces expériences :

1° Chez les jeunes lapins, les fractures qui s'accompagnent de déplacement, et surtout de chevauchement, excitent le développement des os brisés et amènent dans ces derniers un plus grand accroissement que dans les os semblables du membre opposé.

2° Les fractures sans déplacement ont une influence nulle, ou très-bornée, sur le développement des os fractures.

M. Blaizeau rappelle, à ce sujet, une particularité intéressante, qui se rattache à la formation du cal chez les enfants. M. Malgaigne, dans ses recherches sur les fractures, est arrivé à une remarque fort curieuse, et en opposition avec la théorie de Dupuytren sur le cal: que dans les fractures qui atteignent la substance compacte ou la diaphyse des os longs, les fragments, après la consolidation, ne sont jamais confondus, et qu'il existe toujours entre eux une ligne de séparation. La fusion, dit-il, n'existe que pour les os spongieux, tandis que dans le jeune âge, et Hippocrate l'avait lui-même annoncé, la fusion est intime, même pour les fractures diaphysaires. Mais cette réunion ne se fait pas chez l'enfant comme celle des os spongieux de l'adulte. Chez ce dernier, il y a soudure par l'intermédiaire de la lymphe plastique épanchée entre les fragments. Chez le premier, le travail de réparation pour la fracture et le développement de l'os marchant ensemble, c'est-à-dire le périoste exsudant la lymphe plastique épanchée entre les fragments pour la confection du cal, en même temps qu'il verse à la surface extérieure de l'os les éléments constitutifs des couches osseuses nouvelles, il en résulte que bientôt les fragments sont enveloppés par les lames continues formant les couches externes qui, peu à peu, se substituent aux couches anciennes disparaissant par absorption, de telle sorte qu'au bout de quelques mois, et un mois suffit, comme je l'ai vu chez les lapins, l'os fracturé a totalement été résorbé et remplacé par un os de nouvelle formation, présentant ordinairement, au niveau où existait la fracture dans l'autre os, une légère exubérance, produite par l'activité plus grande du périoste dans ce point. (*Compte-rendu de l'Acad. des sciences*, juin.)

HÉMOPTISIE (*Emploi de la potion de Chopart contre l'*). M. le docteur Milrent a fait connaître le premier, dans ce Journal, les bons résultats de la potion de Chopart contre l'hémoptisie. Nous lisons avec intérêt, dans un journal allemand, la confirmation des faits que nous avons publiés à cet égard. Depuis deux années, dit M. Wolff, j'emploie exclusivement et d'emblée ce médicament, dès qu'une hémoptisie paraît devenir dangereuse. Il est très-rare, ajoute-t-il, que ce moyen ait échoué, à moins que les malades n'aient pas pu le prendre d'une manière suivie; et c'était presque toujours des malades chez lesquels ce traitement avait été déjà employé pour le même motif, et avait produit des vomissements. Du reste, toutes les hémoptisies, au nombre de douze, que M. Wolff a traitées ainsi, étaient symptomatiques d'une affection tuberculeuse avancée. Eh bien! neuf fois sur douze, la potion de Chopart a fait rapidement cesser l'hémoptisie (effet d'autant plus remarquable que c'était certainement des cas peu favorables, et que l'on est arrivé à ce résultat sans avoir besoin ni de donner de hautes doses, ni d'en continuer l'usage pendant longtemps). Dans un cas, l'hémoptisie a été arrêtée, mais plus lentement, et deux fois seulement la potion a été sans résultat. La plupart de ces malades ont pris ce médicament sans répugnance, tandis que, chez quelques-uns, les nausées ont mis obstacle à la continuation. Dans trois cas, il y a eu du resserrement de la gorge et des vomissements, et, dans trois cas, de la diarrhée. En résumé, dit M. Wolff, ce médicament a une supé-

riorité incontestable sur les autres moyens analogues, et en particulier sur les astringents. La dose de la potion donnée par M. Wolff a été une cuillerée à bouche matin et soir; plus, si cela était nécessaire. M. Wolff a fait subir à la formule de la potion de Chopart une légère modification, en ce qu'il remplace l'éther nitrique par 2 grammes d'esprit d'éther nitrique. (*Ann. der Charité zu Berlin.*)

HEMOSTATIQUE FREPPEL (*Nouveaux faits à l'appui de l'emploi médico-chirurgical de l'eau*). Nous avons publié, il y a quelques mois (*Bull. de Thérap.*, t. XLIV, p. 228), la formule d'une eau hémostatique de la composition de M. Freppel, pharmacien à Sainte-Marie-aux-Mines, formule qui se recommandait non-seulement par l'association des agents médicamenteux hémostatiques les plus éprouvés, mais encore par des expériences faites par M. le docteur Gros, et par plusieurs autres médecins de l'Alsace. M. Freppel a eu la bonne idée de grouper et de réunir toutes les expériences qui ont été faites avec son eau hémostatique, et nous trouvons, dans la petite brochure qu'il nous a adressée, des faits suffisamment nombreux et concluants, pour permettre d'affirmer que cette eau hémostatique prendra place parmi les bons hémostatiques que possède la thérapeutique. Nous y voyons, en effet, que cette eau est susceptible d'arrêter les hémorrhagies veineuses, et même les hémorrhagies artérielles, quand les artères intéressées sont d'un petit calibre, et, qu'à ce titre, elle peut rendre des services dans les cas où la ligature, pour une raison ou pour une autre, ne peut être appliquée. Nous y voyons également qu'avec un tampon de charpie, trempé dans cette eau hémostatique, et introduit dans le vagin, on est parvenu à arrêter une métrorrhagie terrible. Enfin, un certain nombre de faits tendent à établir que l'administration de cette eau à l'intérieur, à la dose de 3 à 15 gouttes, toutes les deux heures, ou de deux cuillerées à café par jour, peut arrêter l'hémoptisie. Et tout cela, sans que l'administration à l'intérieur ou l'application extérieure sur les plaies, par exemple, devienne la cause d'aucun accident; au contraire, cette application exerce une action des plus favorables sur la cicatrisation, tant des plaies anciennes, des ulcères chroniques, que des plaies récentes.

HERNIES (*Nouveau procédé pour la cure radicale des*). M. Maisonneuve vient de présenter à l'Académie de médecine un jeune homme auquel il a pratiqué avec succès la cure radicale d'une hernie inguinale gauche, d'après un nouveau procédé, dû à M. le docteur Dupierris.

Ce jeune homme, Jovignat (Jean), âgé de vingt-deux ans, demeurant rue du Faubourg-Saint-Honoré, 158, était affecté depuis plusieurs années d'une hernie inguinale gauche, qu'il avait inutilement essayé de contenir par des bandages de différentes sortes. Désespéré de sa triste position, il vint à l'hôpital Cochin prier M. Maisonneuve de le débarrasser de son infirmité, disant qu'il était prêt à tout entreprendre pour arriver à ce résultat. Sa hernie était une hernie inguinale directe que rien ne pouvait contenir.

En présence de ce cas difficile, l'habile chirurgien, jugeant que tous les procédés connus seraient insuffisants, eut l'idée d'une nouvelle opération concertée quelques semaines auparavant avec un des chirurgiens les plus éminents de New-York, M. le docteur Dupierris. Cette opération fut exécutée le 28 avril, en présence de nombreux élèves.

Le malade, étant couché horizontalement sur le dos, fut d'abord soumis au chloroforme. Quand le sommeil fut complet, M. Maisonneuve exécuta l'opération de la manière suivante :

Premier temps. — A l'aide du doigt index de la main gauche, il refoula d'abord comme un doigt de gant la peau du scrotum dans le canal inguinal, puis dans l'abdomen jusqu'à ce que l'extrémité du doigt pût venir faire saillie contre la paroi abdominale antérieure à 3 centimètres au-dessus du canal.

Deuxième temps. — Saisissant alors son bistouri de la main droite, l'opérateur fit, à la paroi abdominale soulevée par son doigt index, une incision longitudinale de 1 centimètre et demi d'étendue. Cette incision comprit la peau, le tissu cellulaire, les muscles abdominaux et le péritoine.

Troisième temps. — A travers cette ouverture, la peau du scrotum, re-

foulée par le doigt index, vint faire hernie et fut divisée longitudinalement dans une étendue de 2 millimètres.

Deux aiguilles armées chacune d'un fil simple furent aussitôt passées à travers l'une et l'autre des lèvres de cette petite plaie, qui fut ensuite agrandie de 1 centimètre, de sorte que l'extrémité du doigt index gauche de l'opérateur sortait à travers. Dès lors, au moyen des aiguilles passées déjà dans les lèvres de l'incision faite à la peau refoulée du scrotum, M. Maisonneuve acheva l'opération, en fixant les lèvres de cette incision à celles de l'incision faite à la peau de la paroi abdominale. Dix points de suture furent établis pour donner à cette réunion toute la solidité désirable.

Alors seulement l'opérateur retira son doigt index de l'espèce de doigt de gant qu'il avait refoulé et qui se trouvait transformé en un canal ouvert en bas sur les bourses, en haut sur la paroi de l'abdomen.

Aucun accident ne vint traverser le premier acte de cette opération. La réunion se fit sans difficulté, et dès le 8 mai M. Maisonneuve commença à cautériser avec le nitrate d'argent et l'acide nitrique l'intérieur du canal cutané qui obstruait le canal herniaire.

Enfin, le 18 mai, quand les cautérisations eurent produit la destruction complète de l'épiderme dans le trajet du canal, M. Maisonneuve compléta son opération de la manière suivante :

Il incisa la peau du scrotum autour de l'espèce d'entonnoir qu'elle formait en bas du côté des bourses, ce qui fit cesser la tension à laquelle était soumise la portion de peau refoulée, en permettant à celle-ci de remonter dans le canal. Enfin, les lèvres de la vaste plaie circulaire qui résultait de cette incision furent réunies au moyen de la suture, de sorte qu'aujourd'hui le scrotum ne présente plus d'autre trace d'opération qu'une cicatrice linéaire.

Quant au résultat de l'opération, il est aussi parfait que possible : la hernie n'existe plus, le scrotum a conservé sa forme et sa disposition normales, et de toute cette opération, si compliquée en apparence, il ne reste plus que des traces imperceptibles. (*Compte-rendu de l'Acad. de médecine*, juin.)

IODE (*Emploi topique de la teinture d'*) *dans les maladies*. Ce mode d'administration de l'iode tend à prendre en France, depuis quelque temps, une plus grande extension. Un journal anglais vient de résumer, dans un article, les diverses maladies où la teinture d'iode est généralement employée dans les hôpitaux de Londres. Nous en plaçons les conclusions sous les yeux des praticiens, sans avoir besoin de leur faire remarquer que plusieurs de ces applications exigent d'être vérifiées de nouveau pour être acceptées.

1° Les applications de teinture d'iode sur la peau procurent un soulagement marqué et rapide dans les douleurs pleurétiques partielles des phthisiques ;

2° Le même agent thérapeutique, appliqué sur la partie antérieure du cou, diminue rapidement les symptômes ;

3° Dans le cas de laryngite chronique ; dans le cas d'épaississement et de congestion de la membrane muqueuse de l'arrière-bouche, on porte avec avantage la teinture d'iode à sa surface ;

4° Dans les amygdalites chroniques, la teinture d'iode soulage les malades, mais elle procure moins bien la guérison que le traitement général ;

5° Dans la pleurésie chronique ou dans l'induration du tissu pulmonaire, l'application de la teinture d'iode sur la paroi du thorax produit de bons résultats, lorsqu'on ne peut plus avoir recours aux saignées générales ou locales ;

6° L'application de la teinture d'iode à la surface des téguments de l'abdomen est utile au début de la péritonite tuberculeuse ;

7° On a recours aux mêmes applications médicamenteuses sur les paupières, dans l'ophthalmie chronique et granuleuse ;

8° Dans toutes les variétés de la périostite syphilitique, scrofuleuse, spontanée, traumatique ;

9° Il est, pour ainsi dire, superflu de rappeler l'application topique de l'iode dans les cas d'hypertrophie glandulaire des ganglions lymphatiques, dans les cavités des abcès, etc. ;

10° Lorsqu'on essaye de guérir par l'extension des rétractions de cicatrices, l'iode appliqué directement sur la partie malade la rend plus extensible et facilite le traitement local ;

11° Enfin, la teinture d'iode est appliquée à l'extérieur, lorsque le médicament ne peut être ingéré dans le tube digestif. (*Medic. Times*, et *Gaz. hebd.*, juin.)

LAIT (*Valeur du*) *comme contre-poison de quelques dissolutions métalliques*. Cette question est d'autant plus importante à résoudre, que si le lait n'est plus guère employé par les médecins, son usage est encore assez répandu chez les gens étrangers à la médecine : sitôt qu'un empoisonnement par les composés métalliques a eu lieu, on se hâte ordinairement de donner du lait, et souvent alors on voit des gens, pleins de confiance dans la médication qu'ils ont mise en usage, attendre et se priver ainsi, par leur retard, de moyens qui, administrés à temps, auraient été plus utiles. C'est dans le but de savoir ce qu'on doit attendre du lait dans les cas de ce genre, qu'un jeune médecin, M. Rupin, a fait quelques essais dont nous allons rendre compte.

Les premières expériences ont porté sur le sulfate de cuivre. Si par contre-poison on entend une substance capable de décomposer entièrement une solution métallique, de la précipiter en totalité, il est bien certain que le lait n'est pas un contre-poison du sulfate de cuivre. Mais si, au contraire, on entend une substance capable de décomposer en partie la solution métallique, d'en diminuer seulement les effets toxiques, alors le lait pourra être considéré comme un contre-poison, puisqu'il précipite une certaine quantité de ce métal et qu'il peut, par là, diminuer d'autant l'action nuisible de la dissolution. Néanmoins il y a une chose à craindre, c'est de voir le précipité se redissoudre dans un excès de lait, et le précipité, une fois dissous, agit lui-même comme toxique. On aurait pu penser que les résultats devaient être plus favorables avec l'acétate de cuivre dont l'acide précipite une quantité de cuivre plus considérable que le sulfate; mais les expériences faites sur les animaux sont venues démentir cette espérance; ainsi le précipité que l'acétate de cuivre forme avec le lait n'a plus la même innocuité que celui formé avec le sulfate et a même une action toxique assez énergique.

Dans les empoisonnements par le sulfate de zinc, bien que le lait n'ait pas une action chimique très-efficace pour décomposer ce sel et qu'il ne précipite seulement qu'une faible partie du métal, il résulte des expériences de M. Rupin qu'on pourra cependant employer l'eau laiteuse avec quelque succès, non pas comme contre-poison, mais, suivant l'indication donnée par M. Orfila, comme substance adoucissante, capable en même temps de former une combinaison avec une partie du sel.

Dans les empoisonnements par le sublimé et le tartre stibié, il semble, au contraire, que le lait soit de nulle valeur; en effet, le sublimé et l'émétique ne forment avec ce corps aucune combinaison, et le poison reste dissous, quoique mélangé au lait en diverses proportions. Peut-être cependant, dans ces empoisonnements, le lait pourra-t-il, dans quelques cas, amoindrir les symptômes d'empoisonnement, mais seulement en calmant l'irritation produite, par une action comparable à celle de toutes les substances émollientes et adoucissantes.

Enfin, dans l'empoisonnement par l'acétate de plomb, il résulte des recherches de M. Rupin que le lait pourrait être considéré comme un contre-poison des sels solubles de plomb, le lait réunissant toutes les qualités qu'on demande à un contre-poison et pouvant former avec la substance toxique un composé insoluble, qui ne se dissoudra jamais dans un excès de liquide.

M. Rupin a donc conclu de ses recherches que, lorsque le médecin sera appelé à traiter un empoisonnement par le sublimé ou par l'émétique, il devra rejeter loin de lui toute idée de recourir au lait pour diminuer les effets du sel en le décomposant; que dans les empoisonnements par le cuivre, le zinc, il ne l'emploiera qu'avec précaution et mesure, et seulement quand les autres moyens lui manquent entièrement; enfin, que le seul cas où le médecin pourra toujours donner le lait en toute quantité, sans aucune crainte et avec espoir fondé d'arrêter l'action du poison, sera celui d'un empoisonnement aigu par un sel de plomb soluble. (*Thèses de Paris*, 1854.)

PROTÉINE (*Emploi de la*) *dans le traitement de la scrofule*. Le médecin ne doit accepter sans doute qu'avec une grande réserve l'introduction des données chimiques dans

notre science et surtout dans la thérapeutique. Mais quand des faits s'ajoutent à ces idées théoriques et viennent en apparence les confirmer, il faut au moins leur donner place dans la science, ne fût-ce qu'à titre de renseignement. Il n'est personne qui ne connaisse les ingénieuses recherches de Mulder sur la protéine, qui constituerait à elle seule, suivant ce savant chimiste, toutes les matières azotées qui entrent dans la composition de nos tissus, avec un équivalent ou deux de soufre ou de phosphore, suivant la nature de la substance. De là à conclure que la protéine pourrait être utilisée dans le traitement de diverses maladies, il n'y a évidemment qu'un pas, et si nous en croyons M. J. Taylor, la question ne serait pas douteuse, car ce médecin dit avoir traité aussi avec succès un assez grand nombre de scrofuleux.

Le premier des faits qu'il rapporte est relatif à un enfant scrofuleux, âgé de cinq ans, portant, depuis l'époque de la dentition, des ganglions engorgés au cou et aux aines; offrant de nombreuses ulcérations sur diverses parties du corps et des membres, pâle, amaigri, sans appétit, qui avait pris depuis six semaines, sans aucune amélioration, du fer et d'autres toniques, avec ou sans iode. On lui prescrivit trois grains de protéine trois fois par jour dans de l'eau sucrée. Après une semaine, l'enfant était mieux, son aspect plus favorable et l'appétit augmenté. En un mois, il avait pris beaucoup d'embonpoint; plusieurs ulcères s'étaient cicatrisés, mais quelques autres s'étaient ouverts. La dose de protéine fut portée à 4 grains, trois fois par jour, et les ulcères furent pansés avec la pommade de zinc. Au troisième mois, tous les ulcères étaient guéris, sauf quatre, et lorsqu'il s'en formait un nouveau, il était toujours plus petit que ceux qui l'avaient précédé (cinq grains de protéine trois fois par jour). Au quatrième mois, il restait encore trois ou quatre petits ulcères encore ouverts, et cependant la santé du petit malade paraissait si bonne, que, par raison d'économie, ses parents crurent devoir suspendre la protéine. Mais quinze jours n'étaient pas écoulés que la santé de l'enfant s'affaiblissait de nouveau. La protéine fut reprise, et continuée pendant deux mois; à cette époque, la santé du petit malade était excellente.

Le second fait de M. Taylor est le suivant. Enfant de deux ans, strumeux, au ventre tuméfié, aux glandes engorgées sous le cou, portant de nombreux ulcères sur diverses parties du corps, et ayant offert des symptômes de carreau vers l'âge de neuf mois (cataplasmes sur les ulcérations avec pommade de zinc; deux grains de protéine, un grain de carbonate de soude desséché, trois fois par jour, dans un peu d'eau sucrée). Après une semaine de ce traitement, peau plus nette et plus colorée; cicatrisation de quelques-uns des ulcères; aspect meilleur; ventre libre; bon appétit (même traitement, plus du thé de bœuf et du lait matin et soir, du mouton rôti à dîner). Après huit autres jours, l'amélioration était encore bien autrement marquée : l'enfant commençait à marcher; presque tous les ulcères étaient cicatrisés; abdomen moins développé; embonpoint, appétit, ventre libre, bon sommeil (trois grains de protéine et un grain de carbonate de soude desséché, deux fois par jour). Un mois après, l'enfant se livrait à tous les exercices de son âge. — Nous nous bornerons à rappeler que la protéine s'obtient en dissolvant soit de l'albumine, soit de la fibrine ou du tissu musculaire dans une lessive de potasse moyennement concentrée, maintenue à une température d'environ 50 degrés. Il se forme par ce moyen une petite quantité de sulfure de potassium et de phosphate de potasse, aux dépens du soufre et du phosphore existant dans la matière organique. En ajoutant enfin un léger excès d'acide acétique à la solution alcaline, il se précipite une matière gélatineuse que l'on jette sur un filtre, et qu'on lave aussi longtemps que l'eau qui passe contient encore des traces d'acétate de potasse. Cette matière ainsi préparée est la protéine. (*The Lancet.*)

PRURIGO *formicans de l'anus et de la vulve*; *solution spécifique*. Le caractère si souvent rebelle de cette affection prurigineuse nous engage à donner la formule d'une solution que son auteur, M. le docteur Richart, de Soissons, n'hésite pas à appeler *spécifique*, et ce nom lui serait bien justement acquis si, comme l'affirme le médecin, les malades, dès les premières applications, se

trouvaient entièrement débarrassés de leur cruelle incommodité. Voici cette formule :

Prenez : vitriol blanc (sulfate de zinc) et alun; de chaque, parties égales; pulvérisez grossièrement les substances, mettez-les dans un plat de terre vernissé; placez-le sur un feu doux, laissez-l'y jusqu'à ce que ce mélange ait cessé de produire des bulles d'air, et qu'il ait acquis la consistance d'une pierre; retirez le plat du feu, reduisez cette pierre en poudre fine et jetez-en 16 à 18 grammes, par petites parties, à la distance d'une minute, pour éviter une trop forte effervescence, dans un litre d'eau bouillante; filtrez ensuite à travers un papier gris, et conservez pour l'usage. — Matin et soir, avec une très-petite éponge imprégnee de cette solution, lotionnez la partie malade; ensuite, si c'est l'anus, imbibez-en un linge ployé en carré, de 4 centimètres, et introduisez un de ses angles dans l'anus. (Ce pansement doit être renouvelé après chaque garderobe.) —Pour la vulve, même pansement.

Cette solution, ajoute M. Richart, est également utile pour toutes les dartres; seulement, si elles sont étendues, il est necessaire de suivre un traitement interne, comme suit : une cuillerée, matin et soir, d'un sirop alcalin, contenant 15 grammes de bicarbonate de soude pour 250 grammes de sirop de fumeterre; quatre tasses de tisane nitrée, avec racine de patience, tiges de douce-amère et racine de réglisse; un bain alcalin toutes les semaines, un purgatif tous les 15 jours; exercice, principalement le matin à jeun; régime alimentaire doux. (*Journal des Conn. méd.-chir.*, juin.)

VARIÉTÉS.

NOUVELLE RÉCLAMATION DE M. GILLE.

Les auteurs de traités de médecine pratique les plus estimés n'ont pas hésité à représenter les matériaux dont se compose la matière médicale comme un mélange informe de recettes, de pratiques et de formules, dont il fallait à tout prix débarrasser la science; ce sont « des écuries d'Augias, disent-ils, qui, pour être nettoyées, attendent un nouvel Hercule. » Il importe donc à ceux qui veulent concourir au progrès de la therapeutique de s'opposer à l'encombrement et de n'admettre les nouvelles préparations pharmaceutiques qu'après un examen sérieux; c'est le moyen le plus certain de favoriser la tâche réservée au savant assez courageux pour suivre l'exemple donné par un demi-dieu.

En plaçant sous les yeux de nos confrères la réclamation de M. Gille, nous avons voulu leur montrer ce qu'il en coûte aux travailleurs consciencieux qui n'hésitent pas à se vouer à ce contrôle ingrat et modeste. Afin de rendre l'exemple plus complet, nous continuons l'insertion des *exploits* que nous adresse M. Gille.

L'an mil huit cent cinquante-quatre, le trois juin ;

A la requête de M. Gille, pharmacien, demeurant à Paris, rue de Sèvres, nº 56, lequel est domicilié en sa demeure ;

Je, Jean-Eugène Levaux, huissier, au tribunal civil de première instance de la Seine, séant à Paris, y demeurant, place de la Croix-Rouge, nº 1er, soussigné,

Fais sommation à M. le docteur Debout, rédacteur en chef du *Bulletin général de Thérapeutique médicale et chirurgicale*, dont le siége est etabli à Paris, rue Therèse, nº 4, où étant et en parlant à M. Debout lui-même;

D'avoir à insérer dans le plus prochain numéro de son journal les deux lettres, dont la teneur suit :

Paris, ce 3 juin 1854.

Monsieur le Rédacteur,

Dans les lignes qui accompagnent la réclamation que j'ai eu l'honneur de vous adresser, vous cherchez à me représenter comme un argumentateur par exploit d'huissier, et par conséquent à me faire devant vos lecteurs une situation que je ne puis accepter, parce qu'elle n'est pas la mienne;

c'est donc avec un bien vif regret que je me vois obligé de requérir de vous l'insertion de la lettre suivante, qui prouvera, contrairement à vos assertions :

1° Que je n'ai eu recours à mon droit qu'après avoir épuisé tous les autres moyens possibles, et lorsque votre impartialité, sur laquelle je croyais en effet pouvoir compter, m'a fait complétement défaut.

2° Que vous ne m'avez jamais proposé, comme vous le dites, « d'*examiner de nouveau le côté chimique de la question* » que j'ai soulevée, puisque vous avez très-catégoriquement déclaré, au contraire, dans le n° du 30 avril, de votre journal, page 359, que : « *Nous ne rentrerons pas dans la discussion des faits chimiques traités par M. Deschamps.* »

Si, comme j'avais le droit de l'espérer, vous aviez fait précéder ma réclamation de la lettre suivante, que j'ai eu l'honneur de vous adresser, vous m'auriez épargné le regret d'en requérir aujourd'hui l'insertion.

Voici cette lettre, qui établira parfaitement nos situations respectives :

Paris, ce 24 mai 1854.

Monsieur le Rédacteur,

Le 15 avril dernier, mon excellent et savant maître, M. le professeur Bouchardat, m'a donné connaissance d'un article critique sur un de mes travaux, publié par M. Deschamps (d'Avallon) dans le *Bulletin de Thérapeutique* du 28 février 1854, et textuellement reproduit dans le *Répertoire de Pharmacie*.

Le 20 avril, j'eus l'honneur de vous adresser une réponse que j'avais déjà rédigée pour le *Répertoire* et qui répondait également à l'article du *Bulletin*, puisque les deux articles n'en faisaient qu'un.

Le *Répertoire de Pharmacie* s'empressa de publier ma réponse; mais, le *Bulletin* crut devoir la refuser par les motifs que vous me fîtes l'honneur d'exposer dans le n° du 30 avril 1854, à savoir que : « le *Bulletin n'a pas l'habitude d'insérer des travaux de seconde main,* » et qu'il n'y a pas lieu de rentrer « dans la *discussion des faits chimiques traités par M. Deschamps.* »

Le 3 mai, j'eus l'honneur de vous écrire une seconde lettre pour vous faire observer que ce n'était point un travail, soit de première, soit de seconde main, que j'avais eu la prétention de vous adresser, mais bien une réponse à une critique sans fondement, réponse qui devait nécessairement être la même que celle que j'avais adressée à un autre journal, puisqu'elle répondait à un même article, publié dans deux journaux différents. J'insistai donc pour l'insertion de ma réclamation, tout en invoquant beaucoup moins mon droit que votre sentiment d'impartialité.

Aucune réponse ne fut faite à cette seconde lettre; mais dans les explications qui ont eu lieu entre nous, pendant l'*entrevue que vous avez provoquée*, vous avez cru devoir refuser l'insertion que j'ai réclamée. *Les motifs que vous avez invoqués* n'ayant pu me convaincre de l'inutilité de ma réponse, je suis obligé de recourir à mon droit, pour obtenir une juste réparation.

Veuillez croire, monsieur le Rédacteur, au regret que j'éprouve d'être obligé de recourir, vis-à-vis de vous, à la rigueur de mon droit, et soyez persuadé que je comprends assez les exigences d'une rédaction en chef, pour que votre résistance ne puisse altérer en rien le sentiment d'estime que doit inspirer votre caractère et dont j'ai l'honneur de vous offrir la sincère expression.

F. Gille.

Cette nouvelle réclamation est un peu plus grave que la première, car elle n'est, ni plus ni moins, qu'un démenti dont ce pharmacien réclame l'insertion. Or, en présence des preuves irrécusables de la véracité de nos assertions, nous pourrions nous refuser à cette nouvelle prétention de M. Gille ; mais, nous l'avons dit, c'est un des mille désagréments auxquels nous expose notre mission, toujours sérieuse, dont nous avons voulu offrir un exemple à nos confrères; par ce motif, nous avons passé outre.

Oui ! quoique j'eusse écrit dans le numéro du 30 avril : « Nous ne rentrerons pas dans la discussion des faits chimiques exposés par M. Deschamps, » j'avais le droit de dire, dans celui du 30 mai, « que j'avais offert à M. Gille d'examiner le côté chimique de la question, et qu'il avait répondu à cette proposition si loyale par une citation judiciaire. » Voici, en effet, ce qui s'était passé dans l'intervalle de la publication de nos deux ar-

ticles ; j'avais eu la générosité de me taire, afin de ne pas aggraver la position que se crée M. Gille ; mais, puisque j'y suis forcé, il me faut bien publier les faits. Comme ce pharmacien l'avoue, j'avais provoqué une entrevue, et, dans la visite qu'il me fit, je lui tins le langage suivant :

« Le *Bulletin de Thérapeutique*; dans la discussion des faits, n'a jamais cherché qu'à mettre en relief la vérité. Lorsqu'il publie une assertion erronée, il n'attend pas, pour revenir sur son jugement, d'y être provoqué judiciairement. Vous prétendez, M. Gille, que la critique de M. Deschamps est mal fondée. Eh bien! auprès des lecteurs d'un journal, il est une autorité qui domine celle du collaborateur, c'est celle du rédacteur en chef. Je vous offre donc de reprendre l'étude *chimique* et *clinique* de votre huile d'iodure de fer. Afin de vous donner toutes les garanties d'un bon examen, vous saurez que l'analyse de votre huile se fait, en ce moment, dans le laboratoire de la pharmacie centrale des hôpitaux, sous les yeux de M. Soubeirau; qu'avant de publier le résultat de ce nouvel examen chimique, j'irai lire mon travail devant la Société de pharmacie, et le présenterai ainsi à la discussion d'un corps savant, dont vous ne pouvez nier la compétence.

J'ajoutai : « Quant au côté clinique de la question, voici une lettre d'un de nos savants confrères de la province, M. Pulegnat, qui m'offre quatorze observations inédites de l'emploi de l'huile d'iodure de fer. Je joindrai ces observations à celles de MM. Vigla et Maillot, que vous possédez; j'ai donc, vous le voyez, tous les éléments d'un jugement sérieux. »

En présence de propositions semblables, M. Gille prétend que les *motifs que j'ai invoqués*, pour me substituer à lui dans l'appréciation de son produit pharmaceutique, ne lui présentaient pas *la garantie* d'une juste réparation, et il ne craint pas d'ajouter, aujourd'hui, des paroles comme celles-ci : « Vous ne m'avez jamais proposé, *comme vous le dites*, d'examiner de nouveau le côté chimique de la question. » Il n'y a qu'un tribunal auquel il soit possible de déléguer le jugement d'une manière semblable de discuter : celui de l'opinion publique. Comme toujours, nous lui faisons appel avec confiance.

DEBOUT.

Un des faits qui nuisent le plus à la considération de la médecine est, sans contredit, ces annonces mensongères dont fourmille la quatrième page des journaux. Voici une ordonnance du préfet de police, datée de juin 1828, qui n'a jamais été rapportée, et qui permetra à l'Association des médecins de la Seine, le jour où elle voudra imiter l'exemple donné par les associations de Toulouse et de Lyon, de mettre un terme à ce scandale.

« Nous, préfet de police, ordonnons ce qui suit : Les pharmaciens ne devant, aux termes de l'art. 32 de la loi du 22 germinal an XI, livrer ni débiter des préparations médicinales que d'après la prescription et sur la signature de personnes ayant qualité pour exercer l'art de guérir, il leur est expressément défendu, ainsi qu'aux herboristes, marchands droguistes et autres, de vendre ni d'annoncer, au moyen d'écriteaux, affiches, prospectus ou avis insérés dans les journaux, aucun remède, etc...

« Ces dispositions sont applicables aux docteurs en médecine et en chirurgie, officiers de santé et sages-femmes.

« Les publications faites dans les carrefours, places publiques, foires, marchés, de remèdes et préparations pharmaceutiques, sont sévèrement prohibées.

« Les propriétaires et inventeurs de remèdes, les éditeurs de feuilles périodiques, les imprimeurs et afficheurs qui contreviendraient aux dispositions rappelées dans la présente ordonnance, seront poursuivis aux termes de la loi du 29 pluviôse an XIII, et passibles d'une amende de vingt-cinq à six cents francs, et, en cas de récidive, d'une détention de trois jours au moins, et de dix jours au plus.

« Les contraventions seront constatées par des procès-verbaux qui nous seront adressés pour être, par nous, transmis aux tribunaux compétents. »

Cette ordonnance devait rester lettre morte, puisque l'exécution en était déléguée aux agents de la Préfecture ; il en aurait été tout autrement si les contraventions avaient été confiées au Conseil de salubrité.

La Cour de cassation vient d'aller plus loin encore dans cette voie de répression. Sur le pourvoi formé par le docteur Tirat, dit de Malmort, contre un arrêt de la Cour impériale d'Amiens (Chambre correctionnelle), qui le condamne à quinze mois d'emprisonnement pour escroquerie, la Cour suprême a décidé ce qui suit :

« Le médecin qui, à l'aide de faux certificats, d'annonces mensongères et autres moyens de même nature, tendant à faire croire à des guérisons qu'*il sait n'avoir pas opérées et ne pouvoir opérer*, se rend coupable de manœuvres frauduleuses, de nature à persuader l'existence d'un crédit imaginaire ou d'un pouvoir chimérique, qui constitue le délit d'escroquerie prévu par l'article 405 du Code pénal, se rend passible des peines édictées par cet article. »

Un nouvel arrêt de la même Cour mérite d'être enregistré aussi.

« Doit être déclaré coupable du délit d'exercice illégal de la chirurgie, prévu par l'article 35 du 19 ventôse an II, celui qui, à diverses reprises, a réduit des luxations ou fractures de membres sans être muni d'un diplôme exigé par cette loi. Peu importe qu'en faisant ces opérations il n'ait agi que sur les instantes prières des personnes blessées et de leur famille, sans avoir jamais rien fait pour appeler leur confiance ; qu'il ait constamment refusé tout salaire, sous quelque forme que ce soit, et qu'enfin il ait agi par un motif de charité et d'humanité. Ces considérations, qui peuvent être une raison de modérer la peine encourue, sont impuissantes pour effacer le délit. »

L'Association médicale pourra, le jour où elle voudra, ces arrêtés et ordonnances en main, comme le Christ, chasser les marchands du Temple. La morale publique n'est pas moins intéressée que la profession à voir cesser cette publicité extra-scientifique et ces faits scandaleux de reboutage dont ces dernières années nous ont fourni de trop fréquents exemples.

Neuf candidats ont fait acte de présentation pour la chaire de clinique chirurgicale vacante à la Faculté : ce sont MM. Jobert, de Lamballe, Michon, Maisonneuve, Gosselin, Richet, Huguier, Chassaignac, Giraldès et Morel-Lavallée.

Le concours pour la place de chirurgien en chef de l'Hôtel-Dieu de Lyon s'est terminé par la nomination de M. Baumers, membre de la Société de médecine, ancien chef de la clinique d'accouchements. D'après un arrêté, pris à l'unanimité par le Conseil d'administration, et d'après l'avis préalable des anciens chirurgiens-majors, la durée du séjour des chirurgiens de l'Hôtel-Dieu dans cet hôpital a été fixée à dix-huit ans, au lieu de douze. Conformément à cette mesure, qui sera appliquée à MM. Barrier et Desgranges, M. Baumers entrera en fonctions comme aide-major le 1er janvier 1856, comme chirurgien-major en 1862, comme chirurgien titulaire externe en 1868.

La décroissance très-marquée du choléra pendant tout le mois de mai nous avait fait espérer sa cessation prochaine. Nos espérances ne se sont pas réalisées ; et, quoique l'administration de l'assistance publique ne fournisse plus à la presse médicale le mouvement des entrées dans les hôpitaux, le chiffre des malades admis dans les divers services, depuis le 5 juin, montre que Paris reste toujours sous l'influence épidémique.

Au nombre des départements dans lesquels des cas de choléra se sont déclarés, on cite, à la date du 13 juin, les suivants : Aisne, Marne, Meuse, Haute-Saône, Seine-et-Marne, Seine-et-Oise, Haute-Marne, Deux-Sèvres, Vendée, Côte-d'Or. Heureusement, le fléau n'exerce de grands ravages dans aucune de ces localités.

En Espagne, le choléra a envahi une nouvelle province, celle de Ponte-Verda (Gallicie) ; il n'y sévit pas avec une plus grande intensité que chez nous.

Pour les articles non signés, **E. DEBOUT.**

THÉRAPEUTIQUE MÉDICALE.

DE LA VALEUR DES DIVERS MOYENS EMPLOYÉS DANS LE TRAITEMENT DU LUPUS.

On connaît la gravité et la résistance à nos moyens thérapeutiques qu'offre le lupus dans ses diverses variétés. Il n'est donc pas sans intérêt de savoir ce qu'on peut attendre des divers modes de traitement qui ont été recommandés contre cette maladie.

Quelle que soit l'excellence du traitement topique, le traitement général tient toujours le premier rang quand les indications existent. Il est des lupus qu'on améliore rapidement, qu'on guérit même complétement par l'huile de foie de morue; ce sont surtout les inflammations scrofuleuses de la peau. Pour obtenir ce résultat, il n'est rien moins que nécessaire de faire prendre aux malades des quantités prodigieuses de ce médicament : trois ou quatre cuillerées à bouche suffisent. Quand une impulsion favorable a été donnée à la constitution par ce traitement général, que les parties se sont dégorgées et qu'il reste des ulcérations dont la cicatrisation pourrait être longue, c'est alors qu'il convient d'employer les topiques. Le traitement général réussit encore dans le lupus serpigineux, que l'on rencontre très-souvent chez des sujets scrofuleux ; mais son influence est moins rapide, et le traitement local commence à prendre plus d'importance. Il en est de même du lupus qui se développe comme manifestation de la syphilis héréditaire.

Mais dans le lupus tuberculeux, en plaques saillantes, dans le lupus végétant, dans le lupus tuberculoso-squameux, à tubercules aplatis, si le traitement interne est indispensable quand le malade porte des traces de scrofules ou les caractères du tempérament lymphatique exagéré, c'est le traitement topique qui prend la prépondérance, et qui peut même suffire dans un bon nombre de cas où la maladie semble tout à fait locale. Ainsi, lorsque quelques tubercules isolés, ou une plaque de médiocre étendue, se développent chez un sujet bien constitué, ou présentant à un faible degré les caractères du tempérament lymphatique, on peut se dispenser de toute médication interne. A plus forte raison dans les formes désignées sous le nom de lupus érythémateux, ou d'érythème centrifuge.

Les caustiques ont joui pendant très-longtemps d'une grande faveur dans le traitement topique du lupus : caustique de Vienne, pâte arsenicale, nitrate acide de mercure, chlorure de zinc, ont été tour à tour l'objet de préférences plus ou moins motivées. Mais toutes ces

substances agissent en détruisant, et ce n'est pas dans une affection dans laquelle la perte de substance est le résultat de la marche naturelle de la maladie qu'il convient d'en ajouter une nouvelle, surtout si le lupus a son siége à une petite distance des ouvertures naturelles. Néanmoins, tous les caustiques n'ont pas cet inconvénient au même degré, et le chlorure de zinc, par exemple, détruit moins profondément que les autres.

Restent les agents modificateurs. Les pommades au proto et au deuto-iodure de mercure, à l'iodure de soufre, telles qu'on les a employées depuis longtemps et à petite dose, sont très-peu actives. La teinture d'iode est un moyen beaucoup plus énergique, qui agit même comme léger caustique sur les parties ulcérées. M. Hardy a fait quelques essais avec l'acide sulfurique pur. M. Bazin emploie l'huile de noix d'acajou, qui détermine de l'inflammation à la peau, avec exhalation d'un liquide séreux, des douleurs vives, et la formation d'une croûte mince sur les points touchés. Mais la médication à laquelle on doit donner la préférence est la pommade au deuto-iodure de mercure, telle qu'elle est employée par M. Cazenave. Cette pommade est composée de 15 parties de principe actif pour 15 parties d'un mélange d'axonge et d'huile d'amandes douces. En hiver, la proportion de l'huile doit être augmentée, dans le but de maintenir la pommade dans une consistance de bouillie molle, de manière à ce qu'elle puisse s'étendre facilement sur la peau.

Les phénomènes qui se passent après l'application de cette pommade sont assez remarquables pour être décrits dans tous leurs détails. Sur les parties recouvertes d'épiderme, il se produit tantôt immédiatement, tantôt dix minutes ou un quart d'heure après, une douleur, d'abord peu intense, et caractérisée par du picotement qui s'élève graduellement jusqu'à la sensation de brûlure la plus vive, atteint en une heure son maximum d'intensité, et se dissipe après un temps plus ou moins long, douze ou seize heures, en ne laissant plus dans la peau qu'un sentiment de tension. En même temps, violente congestion de la peau, qui prend une couleur d'un rouge intense, s'étendant souvent à plusieurs centimètres autour des points touchés, se tuméfie légèrement, devient excessivement sensible, et fournit, au bout de cinq ou six heures, une exsudation d'un liquide transparent ou légèrement opalin, qui augmente rapidement et forme, le lendemain, de larges soulèvements bulleux. C'est un liquide visqueux, filant, légèrement opaque, qui s'écoule difficilement et, en se desséchant, forme des croûtes jaunâtres, épaisses, qui rappellent l'impétigo. Il peut même y avoir, dans certains cas, une éruption de petites vésico-pustules autour de la partie immédia-

tement en contact avec la pommade. Après quarante-huit heures, plus de traces de rougeur ni de gonflement ; les croûtes persistent encore cinq ou six jours, et, à leur chute, on trouve les parties affaissées, sans traces d'ulcération. Mêmes phénomènes sur les surfaces ulcérées et bourgeonnantes ; la sécrétion albumineuse se concrète immédiatement, et forme des croûtes beaucoup moins sèches que celles qui existaient auparavant et persistaient plus longtemps. Quelques phénomènes généraux peuvent accompagner cette influence ; mais ces cas sont très-rares, et toujours la réaction est légère.

Les effets consécutifs sont des plus rapides et des plus satisfaisants : après deux ou trois applications, faites à une semaine d'intervalle, les tubercules ou les fongosités sont ramenés au niveau des parties voisines; la rougeur persiste, et nécessite ordinairement quelques applications de plus. Cette influence est surtout marquée sur les fongosités, qui s'affaissent rapidement, et l'épiderme se reproduit s'il n'y a pas eu perte trop considérable de substance, ni tiraillement des parties voisines, tandis que dans le cas contraire l'ulcération peut persister. Le lupus végétant et encore le lupus serpigineux fournissent les cas les plus favorables à cette méthode. Il en est de même du lupus tuberculo-squammeux, avec cette différence que la guérison est très-lente dans cette dernière forme, à cause de la grande surface occupée par la maladie. Le lupus érythémateux ne répugne pas non plus au traitement par le biiodure de mercure ; on peut l'appliquer sur le bourrelet qui forme le bord des plaques, et arrêter ainsi rapidement la marche de la maladie.

Après la chute des croûtes, les tubercules ou les fongosités, quand on opère sur des surfaces ulcérées, sont manifestement moins saillants ; il suffit quelquefois de deux ou trois applications pour les mettre de niveau avec les parties voisines, et nous avons vu des cas de tubercules isolés, ou de plaques peu étendues, dont quelques semaines de traitement ont produit la guérison. Ainsi, chez un jeune homme de dix-neuf ans, qui portait depuis l'âge de cinq ou six ans, sur le cou, un lupus tuberculeux sans ulcération, une première application de pommade au bi-iodure fut faite le 8 avril, une seconde le 20; et, après la chute des croûtes, il ne restait plus que de la rougeur, avec un léger épaississement de la peau.

Mais les cas les plus favorables pour étudier l'influence rapide de ce traitement sont ceux de lupus ulcéreux, recouverts de fongosités, avec ou sans perte de substance. Dans les deux cas, les bourgeons charnus exubérants s'affaissent rapidement ; mais la cicatrisation ne peut être obtenue dans le cas de perte de substance que si la destruction n'a pas été trop considérable, et si la peau des environs peut céder facile-

ment. Dans les lupus végétants, la cicatrisation s'opère d'une manière particulière, par la reproduction de l'épiderme sur les tubercules, une fois ramenés au niveau des surfaces voisines; de sorte qu'il n'y a pas, à proprement parler, de cicatrice, et que, grâce à ce traitement, on voit avec le temps, et quelquefois en un délai assez court, les parties revenir complétement à leur état normal, ainsi que le montre l'observation suivante :

Obs. I. Au nº 3 de la salle Sainte-Marthe (hôpital Saint-Louis, service de M. Cazenave), est entrée, le 1er mars 1853, une jeune fille de quinze ans, d'un tempérament lymphatique et d'une assez bonne santé antérieure, sauf une ophthalmie. Un an auparavant, deux ou trois boutons indolents s'étaient montrés sur l'extrémité du nez ; cette partie s'était considérablement tuméfiée, et, au bout de six mois, des croûtes avaient commencé à se former spontanément.

Etat actuel à l'entrée de la malade à l'hôpital : extrémité du nez recouverte, dans la largeur d'un sou, d'une croûte noirâtre ; la tuméfaction avait doublé presque son volume ; autour des croûtes, la peau avait une couleur d'un rouge brun, et présentait une foule de petits tubercules peu saillants et légèrement squammeux; il y avait peu de douleur. Les croûtes, détachées au moyen de cataplasmes, laissèrent à nu une ulcération, dont la surface était formée de gros bourgeons grisâtres, et se desséchant rapidement.

Une première application de pommade au bi-iodure fut faite, quelques jours après l'entrée de la malade; deuxième application le 25 mars, troisième le 8 avril, quatrième le 20 avril, cinquième le 7 mai. Dès le 20 avril, le volume du nez avait considérablement diminué ; les bourgeons charnus s'étaient affaissés d'une manière notable. Le 20 mai, le nez ne présentait plus que très-peu d'épaississement; les croûtes qui s'y formaient encore étaient bien moins épaisses; une grande partie de la surface primitivement ulcérée paraissait se recouvrir d'un épiderme très-fin. Toutefois, on y voyait encore de légères inégalités, formées par le reste des bourgeons charnus.

24 juillet. Les applications de pommade ont été répétées à peu près tous les quinze jours. Il reste encore, à l'extrémité du nez, une petite surface humide, et tout autour une rougeur foncée, mais le nez a repris à peu près son volume normal.

9 août. La cicatrisation est complète; le nez n'est nullement déformé; on distingue à peine le tissu cicatriciel autrement que par la rougeur. Sur les parties voisines de celles qui ont été ulcérées, il existe encore un certain degré d'épaississement des téguments, avec de l'inégalité et une coloration un peu foncée. Ces inégalités ne sont autre chose que des tubercules peu développés. Nouvelle application de pommade.

Le 29, encore un peu de rougeur et d'inégalité dans la consistance des tissus.

Le 16 septembre. Deux applications de pommade ont encore été faites. La coloration est presque naturelle, ainsi que la consistance.

Le 25, la malade quitte l'hôpital. Le nez est revenu complétement à son état normal; la peau présente à peine l'aspect cicatriciel.

Mais le deuto-iodure de mercure ne peut être employé dans tous les

cas; par exemple, quand la maladie siége sur les muqueuses, qu'elle a envahi les fosses nasales, les lèvres et les gencives; dans le cas d'altérations scrofuleuses, lorsque la peau est encore le siége d'une inflammation sourde, ce que l'on reconnaît à sa rougeur violacée, à sa mollesse et à son boursouflement. Un topique trop actif pourrait donner une nouvelle impulsion à ce travail inflammatoire et provoquer l'extension des ulcérations existantes ou la formation de nouveaux abcès. Il convient, dans ces cas, d'avoir recours à l'huile animale de Dippel, lorsque le traitement général ne suffit plus.

Le fait suivant résume l'action de l'huile animale de Dippel, qui constitue, avec le deuto-iodure de mercure, les seuls moyens locaux que nous ayons vu M. Cazenave employer contre les différentes formes de lupus.

Obs. II. Le 15 mars 1853, entra dans le service de M. Cazenave, salle Napoléon, n° 7, un jeune homme de dix-huit ans, scrofuleux, malade depuis trois ans. Le nez s'était pris le premier, et la maladie y avait débuté par des pustules; elle marcha rapidement, et, en quinze jours ou un mois au plus, tout le visage fut envahi. Le visage était le siége d'une espèce de boursouflement général; la peau, d'une rougeur violacée, offrait au toucher une certaine mollesse, et partout où il n'y avait pas d'ulcérations, elle était le siége d'une desquamation très-prononcée. Croûtes très-saillantes, d'un gris noirâtre, très-dures, éparses sur les joues, le nez et le menton, principalement sur les joues et, en particulier sur la joue droite, où l'on voyait les ouvertures de deux abcès, qui se recouvrirent de croûtes les jours suivants, en même temps que la peau était décollée de plus en plus par le pus, à leur pourtour. Quelques semaines plus tard, ces croûtes recouvraient des ulcérations larges de plusieurs centimètres, fongueuses, et suppurant très-abondamment.

L'huile de foie de morue fut le seul traitement employé jusqu'au 20 septembre : l'état général était excellent; la tuméfaction et la rougeur du visage avaient diminué d'une manière très-notable; mais les croûtes avaient encore une grande épaisseur, reposaient sur des surfaces ulcérées, mollasses, très-saillantes. On recouvrit ces ulcérations d'huile animale de Dippel, après avoir fait tomber les croûtes. Cette application détermina immédiatement un peu de douleur. On y revint tous les dix ou douze jours : les croûtes, d'abord molles, soulevées par le boursouflement des tissus sous-jacents, laissaient voir, à leur chute, de larges ulcérations à fond blafard, autour desquelles la peau était décollée.

Le 9 novembre, la dernière application a donné des croûtes beaucoup plus sèches, plus adhérentes, sur la joue gauche surtout; de ce côté, les croûtes, au lieu d'être soulevées par les surfaces ulcérées, les dépriment, au contraire, en fronçant les parties voisines sur leurs bords. L'état des tissus intermédiaires aux ulcérations s'est aussi considérablement amélioré; la tuméfaction du visage a presque complétement disparu; la rougeur est beaucoup moins vive, la desquamation moins prononcée. Duménil, D. M. P.

THÉRAPEUTIQUE CHIRURGICALE.

RÉSULTATS DES INHALATIONS DU CHLOROFORME TENTÉES A LA MATERNITÉ, DANS LES CAS D'ACCOUCHEMENTS SIMPLES.

L'emploi des agents anesthésiques dans la pratique des accouchements, comme toutes les grandes questions qui touchent à la pratique chirurgicale, devait s'offrir à l'examen de la Société de chirurgie, et nous avons promis à nos lecteurs de leur rendre compte des résultats de cette discussion. Cet engagement, nous le prenions d'autant plus volontiers, que nous étions convaincu que les conclusions qu'adopterait la savante compagnie ne différeraient pas de celles que nous avions posées dans l'article que nous avons publié sur ce point important de pratique. En attendant que la publication du Mémoire de M. Houzelot et du rapport de M. Laborie nous permette de rendre compte de tous les éléments de cette discussion, nous publions la plus grande partie de la communication faite à la Société par M. Danyau. La position de ce savant chirurgien, à la tête d'un service important d'accouchements, à l'hôpital de la Maternité, et, par-dessus tout, sa prudente réserve dans les questions nouvelles, donnent toujours aux conclusions qu'il formule une haute valeur.

Pourquoi donc, en France, a dit M. Danyau, l'anesthésie obstétricale a-t-elle, depuis les premiers essais, langui dans une sorte de défaveur? M. Laborie attribue ce résultat inattendu à la réserve, suivant nous très-sage, du savant professeur de la Clinique d'accouchements. Cette réserve n'est-elle pas, en effet, justifiée par les circonstances observées dans deux des cas communiqués par M. Paul Dubois à l'Académie de médecine? Le chloroforme n'était point employé alors; l'éther avait été mis en usage. Il eut sur l'une des femmes cet effet fâcheux de faire naître des idées érotiques ; chez l'autre, il se développa des phénomènes de congestion céphalique assez graves pour qu'on ait pu concevoir des inquiétudes sérieuses. Témoin de ces faits, ils me parurent alors justifier l'éloignement qu'ils inspiraient à M. Dubois, et je n'hésitai pas à m'y associer, lorsque plus tard j'eus à rendre compte de ces expériences dans la Revue médico-chirurgicale (mai 1847.)

L'état de la question a bien changé depuis cette époque. Le chloroforme a remplacé l'éther, et les inconvénients propres à ce dernier ont disparu. Mais les accidents produits par l'anesthésie chloroformique sont venus imposer de nouvelles réserves. Il est vrai qu'à l'anesthésie complète, recommandée par Simpson, a succédé le procédé indiqué, il y a longtemps déjà, par Merriman, introduit dans la pratique

par Rigby et Murphy, journellement mis en usage par Snow et par tant d'autres en Angleterre; procédé qui consiste à ne faire inspirer que de très-faibles doses, et à pousser l'anesthésie seulement jusqu'à l'atténuation de la douleur.

Cette simplification, je le confesse, ne m'enhardit pas beaucoup, et je restai sous mon ancienne impression, défavorable à l'anesthésie dans la parturition naturelle. La discussion qui a si longtemps occupé la Société de chirurgie avait été loin, d'abord, de me rendre plus entreprenant. Les convictions bien arrêtées de la plupart de mes collègues m'ont cependant, à la fin, rassuré, et depuis six mois je me suis décidé à soumettre à l'anesthésie quelques femmes en travail, à l'hospice de la Maternité.

Persuadé que l'emploi d'un appareil est plus propre que tout autre procédé à mettre le chirurgien à l'abri d'accidents, j'ai fait usage de l'inhalateur de M. Charrière, avec l'embouchure de M. Robert, dont le pavillon est, comme on sait, assez large pour embrasser à la fois la bouche et le nez.

Quinze femmes en travail (il ne s'agit ici que d'accouchements naturels) ont été soumises par moi à l'inhalation du chloroforme. Deux fois seulement j'y ai eu recours avec avantage marqué, dans le cours de la période de dilatation, pendant vingt-cinq à trente minutes seulement. Chez toutes les autres femmes, quand l'inhalation fut commencée le travail était avancé, la dilatation était presque complète ou complète, si même déjà l'orifice n'était franchi, et, à une seule exception près, elle fut continuée jusqu'à la terminaison de l'accouchement, sans dépasser autant que possible la dose nécessaire pour produire l'atténuation, que je me proposais d'obtenir. Malgré mon désir de ne pas aller au delà d'un certain effet, il m'est arrivé deux fois, sans doute à cause d'une sensibilité particulière des femmes à l'action du chloroforme, de déterminer une anesthésie complète. Pendant l'inhalation, je n'ai pas cessé un instant de porter mon attention sur l'état général, sur le pouls, le cœur, la respiration. Les femmes, souvent très-agitées auparavant, restaient calmes, les yeux entr'ouverts et noyés dans une demi-ivresse, ou fermés, et elles semblaient alors plongées dans un demi-sommeil, que ne dissipait pas complétement le retour des contactions. Le pouls était généralement peu modifié dans sa force et dans sa fréquence. Les douleurs étaient bien évidemment atténuées. Quant aux contractions utérines, elles n'étaient pas généralement modifiées. Dans un seul cas, elles devinrent moins fortes et moins fréquentes ; dans un autre, la modification fut si prononcée et le travail si manifestement ralenti, que je renonçai à la chloroformisation.

Vingt minutes après, l'accouchement était heureusement terminé.

Le calme était, en général, obtenu par de faibles doses de chloroforme. Sans que ces doses fussent dépassées, nous avons vu quelques femmes qui, même sans perte de connaissance et tout en conservant le pouvoir de répondre à nos questions, offraient une demi-résolution ou même une résolution presque complète des membres, remplacée, dès que l'utérus entrait en contraction, par des mouvements réflexes d'une énergie considérable. Dans deux cas, quel que fût le calme des femmes dans l'intervalle des contractions, ces mouvements, qui n'étaient plus réglés par la volonté, devinrent à la fin tout à fait irréguliers, désordonnés même, et fort embarrassants pour l'élève chargée de protéger le périnée, au moment du passage de la tête.

Après l'accouchement, les femmes assuraient avoir peu ou point souffert, et se montraient heureuses et reconnaissantes. Une fois, cependant, il y eut, pendant plus d'un quart d'heure, une agitation extrême accompagnée de cris, de sanglots, d'étouffements, qui n'avaient rien de sérieux sans doute, mais qui, en ville, eussent peut-être effrayé les assistants.

Dans aucun cas la rétractilité de l'utérus n'a fait défaut ; soit avant, soit après la délivrance, il n'y a eu, dans aucun cas, d'hémorrhagie.

Les suites de couches, dans les quinze faits dont il vient d'être question, ont été parfaitement normales. Du côté des enfants, au moment de l'accouchement, rien de particulier à noter. Je n'ai rien vu chez eux qui ressemblât à de l'asphyxie, et leur santé ne m'a point paru avoir été influencée par le chloroforme.

De l'exposé que je viens de faire des observations, à la vérité très-peu nombreuses, de ma pratique sur le sujet en discussion, je me crois en droit de conclure que, si, dans un hôpital comme celui de la Maternité, l'emploi du chloroforme est facile, il n'en sera peut-être pas toujours ainsi dans la pratique de la ville : n'ayant plus des aides intelligents pour suppléer à ce que l'accoucheur ne peut faire, celui-ci ne se trouverait-il pas fort embarrassé s'il lui arrivait, comme à moi, de rencontrer des femmes indisciplinables au moment suprême, pour surveiller l'état du pouls, suivre les effets de l'anesthésie, et en même temps protéger le périnée et achever l'accouchement ? Si l'emploi d'un appareil ajoute à ces difficultés, on ne peut pas dire qu'elles disparaissent par l'usage d'un procédé plus simple, mais moins sûr, et, s'il faut, dans la pratique particulière, le concours d'un aide chargé de la chloroformisation, on peut compter d'avance sur des objections qui restreindront beaucoup l'usage qu'on voudrait généraliser.

La possibilité de dépasser involontairement le degré voulu d'anes-

thésie est un autre point digne de considération. Deux fois, je l'ai dit, l'anesthésie, contrairement à mon intention, a été complète ; et je crois qu'il en a été de même dans quatre des cas rapportés par M. Houzelot. Sans faire de cette circonstance une objection positive, je crois devoir la signaler à l'attention des praticiens, car l'anesthésie, dans l'accouchement naturel, n'est admissible qu'à la condition d'une complète innocuité.

Enfin, et c'est une considération sur laquelle on a insisté déjà et qui n'est pas sans importance, il faut s'attendre à bien des imputations après l'usage du chloroforme, non-seulement de la part des familles, mais encore de la part de confrères malveillants quelquefois sans doute, mais d'autres fois aussi très-sincères et très-convaincus.

Ces divers motifs me font penser que dans les accouchements naturels il faut encore user modérément du chloroforme, même à dose simplement atténuante. Cette réserve ne va pas cependant jusqu'à en limiter l'usage aux cas où la rigidité de l'orifice donne aux contractions utérines un caractère vraiment pathologique : je pense qu'on peut aller plus loin et y recourir dans ceux où la dilatation est lente et très-douloureuse, dût-on d'ailleurs y renoncer plus tard quand elle est accomplie, au début de la période d'expulsion, en général beaucoup moins pénible et d'ailleurs presque toujours si vaillamment supportée par les femmes. Je ne l'exclus pas non plus de cette dernière partie du travail, si elle doit être longue, difficile et par conséquent accompagnée de très-vives douleurs, mais à la condition qu'une attention égale pourra être donnée à la chloroformisation et à l'accouchement, et j'ajoute qu'il faut plutôt accorder que proposer l'anesthésie, et généralement attendre qu'elle soit demandée par la patiente ou par la famille.

Je reconnais, avec notre honorable rapporteur, les avantages qu'on peut attendre de la suppression ou même de la simple atténuation de la douleur dans l'accouchement, et l'incontestable utilité d'épargner aux femmes en travail une trop grande déperdition de forces. Mais, à cet égard, il ne faut pourtant rien exagérer. Qui n'a vu, en effet, des femmes (les accoucheurs très-occupés en pourraient citer un grand nombre) qui, malgré les douleurs les plus vives et les plus prolongées, ont eu les suites de couches les plus heureuses ? A l'appui de son opinion en faveur de l'anesthésie dans les accouchements naturels, M. Laborie a cité la statistique de Collins, qui tend à démontrer que la fréquence des accidents consécutifs est en raison de la longueur du travail. Mais on oublie trop, quoique Montgomery en ait fait la remarque contre Simpson, que, dans la plupart des cas cités par Collins,

c'est moins à la longueur du travail qu'aux circonstances qui l'ont rendu difficile, et qui restent en dehors de l'action du chloroforme, qu'il faut attribuer les fâcheux résultats.

Après quelques remarques sur plusieurs points particuliers de la question, M. Danyau arrive aux conclusions, qu'il formule ainsi qu'il suit :

1° Le chloroforme, à dose atténuante, peut être utilement employé, non-seulement dans les accouchements naturels qui se distinguent par le caractère vraiment pathologique des contractions utérines, mais encore dans ceux où l'acuité des douleurs et la longueur du travail font vivement désirer à la femme un soulagement qu'on ne peut attendre des moyens ordinaires. Toutefois on ne devra y avoir recours qu'avec une grande prudence, et, quant à présent, je ne voudrais pas me départir des précautions auxquelles j'ai cru devoir m'astreindre, et en particulier opérer sans le secours d'un appareil.

2° Des essais dans le sens que je viens d'indiquer peuvent être encouragés, mais seulement chez les femmes qui en feront la demande expresse, et, bien entendu, en l'absence de toute contre-indication.

DE L'ANESTHÉSIE LOCALISÉE.

La question de l'anesthésie localisée est trop importante pour que nous ne fassions pas connaître toutes les tentatives qui ont pour but de la résoudre. A ce titre, nous avons cru faire une chose agréable à nos lecteurs, en plaçant sous leurs yeux la première partie de l'intéressant travail de M. Richet (1). Le défaut d'espace nous empêche de reproduire la seconde partie de ce travail ; mais ce qui diminue nos regrets, c'est que cette seconde partie contenait seulement la partie dogmatique, tandis que les expériences étaient consignées dans celle que nous avons publiée. Nous nous bornerons, par conséquent, à en présenter un résumé sommaire, et nous terminerons par un aperçu de la discussion qui s'est engagée, relativement à ce Mémoire, au sein de la Société de chirurgie.

Dans la deuxième partie de son travail, M. Richet s'est surtout proposé de déterminer si c'est à l'action sédative, locale et primitive de l'éther sulfurique, qu'il faut rapporter l'effet anesthésique, ou si l'anesthésie ne serait pas due à l'action réfrigérante produite par la vaporisation de l'éther. C'est à la première opinion que M. Richet s'est rattaché. Rappelant les effets produits par les applications des substan-

(1) Voir la livraison du 15 mai, pag. 391.

ces narcotiques sur la peau; faisant allusion, en outre, aux expériences si concluantes de M. Longet, il en a conclu que les agents qui, par la voie de l'inhalation pulmonaire et de la circulation, déterminent l'anesthésie générale, peuvent aussi, lorsqu'ils sont appliqués directement sur le système nerveux, donner lieu à une suspension momentanée de ses fonctions.

Quant à l'action réfrigérante, je suis porté à penser, a ajouté M. Richet, que tel n'a point été le seul mode d'action de l'éther, au moins dans les cas soumis à son observation. En effet, malgré la vaporisation rapide obtenue à l'aide d'un courant continu, j'ai été frappé du peu d'abaissement de température de la peau, qui conservait, au contraire, à peu de chose près, sa température normale. A peine l'irrigation avait-elle cessé, que la sensation de fraîcheur, momentanément obtenue, disparaissait, et le doigt, appliqué sur les parties soumises à l'irrigation, pouvait constater le retour à la température antérieure. La production de l'insensibilité doit être, par conséquent, attribuée principalement à l'action stupéfiante exercée directement sur les expansions périphériques des nerfs, action stupéfiante dont M. Richet s'est convaincu directement dans deux cas, en versant de l'éther au fond d'une plaie. Ainsi, dans un cas de panaris, pour lequel une incision trop peu profonde avait été pratiquée, et qui avait entraîné un énorme gonflement et boursouflement des tissus, M. Richet fit verser de l'éther sur le doigt, sans avoir égard aux tissus dénudés et boursouflés ; et comme la malade ne se plaignait point de son contact, et déclarait, au contraire, en ressentir une agréable fraîcheur, il en insinua directement dans l'incision, qu'il se proposait d'agrandir ; et, quand il fut assuré que l'anesthésie était suffisante, il débrida largement jusque sur la phalange. Pendant ce temps, la malade, distraite par ses questions, n'avait fait aucun mouvement : aussi fut-elle agréablement surprise, lorsqu'on lui apprit que tout était terminé.

M. Richet a fait connaître, en terminant, quelques précautions relatives à l'anesthésie localisée, dont nous croyons devoir parler. Ainsi, 1° il ne faut employer d'autre anesthésique que l'éther ; 2° la volatilisation rapide de l'éther ne semble point indispensable au succès ; à défaut de l'appareil ingénieux de MM. Guérard et Mathieu, on peut se servir avec succès soit d'un soufflet, soit même, à son défaut, employer la ventilation à l'aide d'une feuille de carton en guise d'éventail, ou, plus simplement encore, de l'expiration ; 3° l'éther doit être pris pur, pour ne point provoquer d'irritation ; il faut le verser lentement, goutte à goutte ; et lorsqu'on veut anesthésier seulement la peau, il n'est pas nécessaire de prolonger l'irrigation au delà de trois minutes;

4° pendant tout le temps que dure l'irrigation, il faut avoir soin de frictionner la partie sur laquelle doit porter l'incision, non-seulement pour tâter la sensibilité et faire pénétrer l'éther, mais encore pour cacher au malade le moment où l'opération va commencer ; 5° la peau doit être débarrassée avec soin de tout ce qui pourrait retarder la pénétration du liquide, et rendre son contact avec les papilles moins immédiat.

Dans la discussion qui s'est élevée au sein de la Société de chirurgie, le point de vue physiologique a surtout préoccupé les esprits, et peut-être a-t-on un peu négligé le côté vraiment pratique, la question de savoir si l'anesthésie localisée est un véritable progrès, si elle est susceptible d'annihiler la sensibilité, assez pour permettre l'exécution de certaines opérations qui portent sur des parties superficielles. A cet égard, M. Gosselin a fait une remarque à laquelle nous avons cru devoir nous associer, c'est qu'il y a une grande différence entre les douleurs proprement dites, sur lesquelles les anesthésiques appliqués localement ont certainement une grande prise, et la douleur provoquée sur des parties saines par l'action d'un instrument tranchant. Dans le premier cas, il suffit de ramener la sensibilité à son type normal ; dans le second, il faut éteindre cette même sensibilité, et pour cela l'abaisser beaucoup au-dessous de la normale. Nous croyons cependant qu'il y a dans l'anesthésie localisée une méthode pleine d'avenir, et à laquelle il ne manque qu'une chose, un agent thérapeutique susceptible d'imprégner nos tissus sans les attaquer dans leur composition intime, tout en exerçant sur les ramuscules nerveux une action stupéfiante suffisante.

Le fait de l'imprégnation de nos tissus par imbibition, la production d'un certain degré d'anesthésie par l'application topique de certains agents, sont des choses qui ne nous paraissent pas susceptible d'être contestées, et nous avons rappelé à ce sujet, à la Société de chirurgie, le fait observé par M. Aran, à savoir l'irradiation de l'insensibilité, en dehors de la circonférence d'un verre de montre rempli de chloroforme, que l'on maintient appliqué sur la peau. Mais quelle part faut-il faire à l'action anesthésique et à l'action réfrigérante, dans les faits rapportés par M. Richet? A cet égard, les expériences communiquées par M. Follin nous paraissent restreindre beaucoup l'action anesthésique au profit de l'action réfrigérante. L'évaporation simple et lente de l'éther produit, en effet, un froid qui ne diffère que très-peu de celui qu'amènent les mélanges réfrigérants de M. Arnott. Dans une expérience, M. Follin a vu le thermomètre, dont la boule était entourée de coton trempé dans l'éther, et laissé à l'air libre, descendre peu à peu de + 16° à — 14°;

des flocons de neige recouvraient le coton qui enveloppait l'instrument. Les effets ont été bien autrement marqués dans le vide. Néanmoins, ce dont nous voulons prendre note, c'est que, en dirigeant avec un soufflet un courant d'air sur la boule du même thermomètre, la température ne descend qu'à — 10° ; et, d'un autre côté, le chloroforme, employé de même, a abaissé seulement le thermomètre à — 2°, ou — 2,5 après cinq minutes, la température extérieure étant à + 13°.

Il reste donc bien démontré qu'il y a quelque chose de plus que la réfrigération dans ces expériences; mais peut-être aussi les expériences rapportées par M. Follin doivent-elles faire admettre qu'il y a une assez large part à faire à l'action du froid, dans les effets anesthésiques rapportés par M. Richet. Toujours est-il, et nous le répétons en terminant, que ce sont là des expériences très-intéressantes et qu'il est bien désirable de voir aboutir à un résultat pratique et applicable. D.

CHIMIE ET PHARMACIE.

REMARQUES SUR LES SIROPS MÉDICAMENTEUX IODÉS.

Déterminer la forme pharmaceutique sous laquelle les agents de la matière médicale manifestent leurs meilleurs effets est un problème difficile, quoi qu'en pensent quelques-uns, à en juger, du moins, par le nombre de formules, qui, chaque jour, sont recommandées à l'expérimentation des praticiens. Si, par ses connaissances chimiques, le pharmacien est appelé à signaler les combinaisons nouvelles des médicaments, il ne doit pas se hâter d'arrêter des formules pour son emploi, car il lui manque pour cette détermination un élément important, fondamental, la connaissance des maladies.

L'iode est un médicament qui a conquis tout d'abord, dans la thérapeutique, un rang élevé, qu'il ne pouvait perdre, malgré l'oubli dans lequel on semble l'avoir laissé pendant un certain nombre d'années. Son emploi restait alors limité à combattre certains états morbides graves; c'est qu'en effet l'art n'était pas encore parvenu à trouver des formes pharmaceutiques qui missent l'estomac à l'abri de l'action agressive du médicament. Depuis plusieurs années, de nombreuses préparations tendent à combler ce *desideratum* de la pratique médicale. En attendant que la lumière se fasse sur la valeur de ces nouvelles conquêtes, autour desquelles l'industrialisme fait trop de bruit pour que la vérité puisse encore se produire, nous croyons devoir signaler à

l'attention des praticiens les ressources réelles qu'ils trouveront dans l'association de l'iode avec les sirops médicamenteux.

Parmi les découvertes récentes, un fait des plus importants au point de vue de l'extension de la médication iodée est l'action du tannin sur la solubilité de l'iode. On n'a pas encore tiré de cette notion chimique le grand enseignement qu'elle fournissait à l'art de formuler. Les praticiens doivent se rappeler, désormais, que tous les sirops médicamenteux qui contiennent du tannin partagent la propriété de dissoudre une petite quantité d'iode et d'en dissimuler le goût désagréable en lui enlevant sa causticité. Parmi ces divers sirops, nous citerons ceux de quinquina, de cachou, de ratanhia, de salsepareille, d'écorces d'orange, de raifort, etc.

Les intérêts de la pharmacie, du moins dans la voie regrettable dans laquelle on l'entraîne, sont diamétralement opposés aux exigences de la pratique médicale. Pour l'exploitation industrielle, ce sont des panacées; c'est le contraire pour le thérapeutiste, dont les indications à remplir sont si nombreuses et si diverses. Prenons pour exemple quelques-unes des maladies dans lesquelles la médication iodée intervient avec succès, les scrofules, les accidents éloignés de la syphilis et la dyssenterie. Est-ce que, dans le traitement de ces affections, le praticien n'assurera pas les bons effets de l'iode, en l'associant, de préférence, dans chacune de ces maladies, aux sirops de raifort, de salsepareille et de ratanhia? Le doute sur les résultats de ces combinaisons médicamenteuses n'est pas possible, car l'expérimentation clinique a prononcé depuis longtemps sur la valeur thérapeutique de ces agents.

La pharmacie, en signalant cette propriété du tannin de faciliter la solution de l'iode, a rendu un nouveau service à la thérapeutique. Qu'elle s'applique maintenant à déterminer la quantité du métalloïde que chacun d'eux peut dissoudre et les précautions que réclame l'introduction de cet agent : à cela doit se borner son rôle, plutôt qu'à créer de nouvelles formes en vue d'idées théoriques que le plus souvent rien ne justifie.

M. Grimault, qui nous a préparé plusieurs de ces sirops médicamenteux iodés, fait entrer 5 centigrammes d'iode par 30 grammes de saccharolé. Un de ceux que nous avons vu expérimenter sur une plus large échelle est le sirop de raifort iodé. Pour sa préparation, M. Grimault suit la formule donnée, il y a quelques années, par M. Dorvault (*Bull. de thérapeutique*, tom. XXII, p. 300).

Voici le procédé qu'il emploie :

On prend les espèces antiscorbutiques, on les pile, sauf le raifort, dans un mortier de bois, on les exprime, et, dans le suc filtré, on fait

dissoudre, à froid et à couvert, le saccharure de raifort (raifort contusé fortement en présence du sucre qui absorbe l'huile volatile qui tend à se dégager) ; on obtient ainsi un produit qui retient tous les principes actifs des plantes, et n'a pas, comme le sirop antiscorbutique du Codex, subi les fâcheux effets d'une cuisson prolongée, cause certaine d'altération, donnant en outre au sirop une saveur âcre qui en rend l'usage désagréable aux adultes, et souvent impossible aux enfants.

A ce sirop, dont l'efficacité a été suffisamment démontrée, depuis douze ans qu'il est en usage, on ajoute par once 5 centigrammes d'iode, en opérant de la façon suivante :

Sirop de raifort à froid.......... 1 kilogr.
Iode métalloïde pur............. 1 gr. 60.

Triturer l'iode dans une toute petite quantité d'alcool absolu (1). Après dissolution, ajouter au sirop, laisser en contact dans un vase en verre, en agitant de temps à autre, jusqu'à ce que l'amidon ne décèle plus la présence du métalloïde, passer à couvert à la pâte de papier et conserver.

On obtient ainsi un sirop limpide, sans arrière-goût d'iode, d'une conservation presque indéfinie, accepté sans répugnance par les enfants, et toléré, sans aucune espèce d'accident, par les estomacs les plus délicats.

Ce sirop se prescrit à la dose d'une cuillerée à café, le matin à jeun, pour les tout jeunes enfants. On augmente graduellement la dose, suivant l'âge. Pour les adultes, on la porte progressivement de deux à quatre et même six cuillerées à bouche dans les vingt-quatre heures.

D.

SIROP DE FRAISES ; OBSERVATION SUR LE PRINCIPE AROMATIQUE DE CE FRUIT.

Rollin, dans son *Histoire du Bas-Empire*, nous apprend que les Gaulois avaient une prédilection toute particulière pour les fraises, et que les Romains, au temps de leur luxurieuse splendeur, dépensaient des sommes énormes pour s'en procurer toute l'année. Cela se conçoit, car, de tous les fruits d'Europe, la fraise est un de ceux dont l'arome est des plus suaves. Malheureusement, cet arome est tellement fu-

(1) L'usage de la teinture d'iode déjà ancienne, qui a toujours subi une décomposition partielle, et qui se trouve par ce fait peut-être dissimulée beaucoup plus vite, doit être proscrite, selon M. Grimault, jusqu'à ce que de nouvelles expériences soient venues nous édifier sur la nature des composés que forme l'iode en présence des matières albuminoïdes végétales.

gace, qu'au temps passé on aurait payé très-cher, comme nous le ferions nous-mêmes aujourd'hui, un procédé de le bien conserver.

La fraise est peu employée comme médicament, cependant il est des cas où le médecin la prescrit. On dit que le savant Linné fut guéri de fréquentes attaques de goutte par l'usage de ce fruit; on pense même que c'est de cette époque qu'on en composa un sirop.

M. Guibourt prépare le sirop de fraises en faisant bouillir le fruit avec du sucre réduit en poudre, jusqu'à ce que le sirop marque 30 degrés à l'aréomètre. M. Ber, d'après l'Officine, fait bouillir les fraises dans un sirop de sucre, jusqu'à réduction au degré voulu. Nous pensons que dans l'une comme dans l'autre formule les fraises sont trop longuement soumises au contact de la chaleur, et que le mode suivant doit leur être préféré. On met dans un vase, qui ne doit être ni en bois ni en métal, des couches superposées de fraises et de sucre pulvérisé, on dépose ce mélange à la cave; le lendemain, on le jette sur un tamis en crin, au travers duquel le jus s'écoule. Ce jus est mis en bouteille, et chauffé d'après le procédé Appert. Le sirop de fraises ainsi préparé est clair, d'une belle couleur, d'une odeur agréable; sa saveur rappelle celle de la fraise. Ce sirop peut être conservé d'une année à l'autre, sans s'altérer.

On obtient l'huile essentielle de la fraise par le moyen suivant. On écrase le fruit, on l'exprime fortement pour en séparer le jus; on met ce jus dans un flacon, avec de l'éther sulfurique rectifié. Après deux jours de contact, on décante; on mêle l'éther obtenu à du sucre pulvérisé, on répète cette addition un assez grand nombre de fois. Le sucre, ainsi parfumé, a une odeur suave. Il faut éviter de laisser dans le jus de la graine du fruit, car alors on obtiendrait un éther d'une odeur détestable, due à de l'huile fixe.

La fraise donne, à la distillation, un hydrolat, qui ne devient agréable que lorsqu'il a vieilli cinq à six mois; il faut, pour l'obtenir, mettre dans l'eau de l'alambic quelques poignées de muriate de soude. L'hydrolat de fraises peut être employé comme parfum, pour aromatiser des pastilles et des sirops. STAN. MARTIN.

OBSERVATIONS SUR LES EAUX MINÉRALES DU MONT-DORE.

L'importance des eaux minérales dans le traitement des affections morbides est si grande, qu'il n'est pas possible de passer sous silence certaines observations qui se rattachent à ces agents thérapeutiques. Aussi nous empresserons-nous de signaler la mention que vient de faire M. le baron Thénard sur la composition des eaux minérales du Mont-Dore.

En allant prendre ces eaux, M. Thénard pensait que leurs effets ne pouvaient pas être attribués uniquement aux traces de fer, à la petite quantité d'acide carbonique et de bi-carbonate de soude qu'elles contiennent, lesquels sont associés, d'ailleurs, à d'autres matières qu'on rencontre presque partout, savoir : le sel marin, le sulfate de soude, les carbonates de chaux et la magnésie, la silice, etc., et il eut l'heureuse idée d'analyser de nouveau les eaux du Mont-Dore.

Les résultats que ce savant chimiste a obtenus confirment entièrement ce que l'on savait déjà, c'est-à-dire que l'arsenic était un de leurs principes constituants; mais M. Thénard ne s'est pas contenté de constater la présence de l'arsenic dans ces eaux ; car il l'a dosé et a déduit de ses expériences des conséquences qui tendent à faire admettre que l'arsenic existe dans ces eaux à l'état d'arséniate neutre de soude, et qu'on ne peut mettre en doute que ce ne soit à ce sel que ces eaux doivent leur puissante action sur l'économie animale.

Les idées émises par cet illustre chimiste, les effets bien connus des eaux du Mont-Dore et des eaux qui contiennent de l'arsenic, contribueront certainement à dissiper les préventions que les personnes du monde ont généralement contre les préparations arsenicales, et les médecins n'auront bientôt plus à combattre les préjugés des malades, qui ne consentent que trop rarement à se soumettre à un traitement de cette nature.

L'analyse de M. Thénard n'est pas seulement utile parce qu'elle fait connaître le principe actif des eaux du Mont-Dore, et parce qu'on sait maintenant qu'un litre de cette eau contient 0 gr., 000,45 d'arsenic, ou 0,000,089 d'acide arsénique, ou 0,00,1058 d'arséniate neutre de soude, ou bien, en d'autres termes, que l'eau du Mont-Dore contient par litre, à la température de la source, 1 milligramme ou un peu plus de 1 milligramme d'arséniate neutre de soude ; car elle l'est encore parce qu'elle soulève une foule de questions importantes, faciles à prévoir et toutes relatives à l'hydrologie.

Comme il serait trop long de les énumérer ici, nous nous contenterons de terminer en disant : Il est nécessaire de ne pas placer, parmi les principes essentiels des eaux minérales, les sels inorganiques qui se trouvent dans toutes les eaux, ou les sels que l'on rencontre dans les eaux potables des localités où sourdent les eaux dites minérales, surtout lorsque le poids de ces sels ne dépasse pas les proportions qui caractérisent ordinairement les eaux qui peuvent servir aux usages domestiques. L'analyse qualitative des eaux dont les réactions ne peuvent pas être expliquées doit être recommencée d'une manière sérieuse et scrupuleuse, et l'analyse quantitative des vrais minéralisa-

teurs pourrait souvent suffire pour l'emploi thérapeutique rationnel des eaux minérales. Les eaux minérales naturelles ne peuvent être imitées avec succès que lorsque le corps qui est considéré comme le principe actif de ces eaux est parfaitement connu, puisqu'il suffit de s'ajouter aux eaux de toutes les localités, pour que les malheureux puissent jouir des bienfaits de ces eaux. Enfin, la thérapeutique vient de s'enrichir d'une nouvelle eau artificielle, l'eau arséniatée.

DESCHAMPS.

CORRESPONDANCE MÉDICALE.

EFFETS REMARQUABLES DE L'AMMONIAQUE DANS UN CAS D'IVRESSE AVEC DÉLIRE FURIEUX.

Chargé du service de santé près le détachement en garnison à Bergues, j'ai eu l'occasion de constater la promptitude avec laquelle l'ivresse, alors même qu'elle est accompagnée de délire furieux, cède à l'emploi de l'ammoniaque ; je m'empresse de vous en adresser le récit.

Obs. Je fus appelé, le 18 du mois de mai, à onze heures du matin, pour un chasseur du 15ᵉ léger, qui était à toute extrémité, disait-on. M'étant rendu aussitôt sur les lieux, je trouvai un homme d'un tempérament bilieux, sanguin, d'une constitution robuste, étendu sur son lit, en proie à un délire furieux, faisant des contorsions épouvantables, et maintenu avec peine par huit hommes.

Je ne tardai pas à acquérir la certitude que le délire de ce militaire était de nature alcoolique. Habituellement sobre, il avait pris, dans la matinée, un demi-litre d'eau-de-vie, et autant de genièvre, et même plus, d'après le dire de ses camarades.

Connaissant les bons effets de l'ammoniaque, je prescrivis aussitôt une potion de quatre onces d'eau, additionnée de 20 gouttes de cet agent médicamenteux ; ayant réussi à lui en faire avaler de suite trois cuillerées, il se tranquillisa graduellement.

Je quittai la chambrée à midi; mais on ne tarda pas à revenir me chercher, en me disant que cet homme avait des attaques plus fortes que jamais. Arrivé près de lui, je lui fis avaler de nouveau deux cuillerées de la même potion. A dater de ce moment, son état s'améliora, d'une façon si rapide, qu'une heure après, lorsque j'allai le voir, il avait repris ses sens et demandait à uriner; mais, le croyant encore en délire, on ne lui avait pas permis de se lever. Je le fis aussitôt descendre, accompagné par ses camarades ; après avoir uriné copieu-

sement, il revint seul à sa chambre, se plaignant seulement de maux de tête. A quatre heures, il mangeait sa soupe, comme à l'ordinaire.

Je doute que l'ammoniaque en inhalation, recommandée, en ces derniers temps, eût agi aussi rapidement que l'a fait, dans ce cas, cet agent thérapeutique administré par la voie stomacale. Du reste, ces deux modes peuvent être employés simultanément ; et le dernier, l'inhalation, demeure une ressource précieuse lorsque l'état comateux s'oppose à la déglutition.

CLAEYS,
Chirurgien à Bergues.

DE L'EXTRAIT AQUEUX DE BELLADONE, COMME SUCCÉDANÉ DU SEIGLE ERGOTÉ DANS LA PRATIQUE OBSTÉTRICALE.

Je ne sais si quelqu'un a employé jusqu'ici l'extrait de belladone dans les accouchements laborieux, à la place du seigle ergoté, si fortement recommandé par tous les accoucheurs et les médecins ; je crois cependant l'avoir vu conseillé par Chaussier et par quelques autres médecins, dans le cas de rigidité spasmodique du col de l'utérus. Mais les heureux résultats que j'ai obtenus de cet extrait, employé dans le but de ranimer les contractions trop languissantes de l'utérus, et d'amener, par conséquent, une plus prompte dilatation du col de cet organe, m'engagent à publier les trois observations suivantes :

Obs. I. Je fus appelé, le 21 juin 1852, à dix heures du matin, auprès de la nommée B. L., primipare; cette femme était en travail depuis vingt-quatre heures, et, bien qu'elle eût été déjà saignée deux fois, l'accouchement ne marchait pas. C'était une femme d'un tempérament sanguin, bien constituée ; les contractions utérines étaient languissantes, assez rares ; toutes les boissons étaient vomies, comme cela arrive souvent dans ces cas. Le toucher vaginal me montra le fœtus en bonne position, la tête était presque au niveau du détroit inférieur; mais le col de l'utérus était rigide et même peu dilaté.

Dans ces circonstances, je songeai à réveiller la faiblesse des contractions utérines, et, dans ce but, j'administrai le seigle ergoté en poudre à la dose de 15 grains. Je craignais de n'en pas retirer grand avantage, à cause des vomissements. Effectivement, la première dose fut rejetée par la malade ; il en fut de même de la seconde. Me rappelant alors avoir lu quelque part que l'extrait de belladone avait été administré dans le cas de contraction spasmodique du col de l'utérus, songeant en outre aux effets dilatateurs produits sur l'iris par la belladone, espérant que la malade supporterait peut-être cet extrait en solution, je me décidai à lui en faire prendre. Une seule chose m'arrêtait : quelle dose administrer? Mais mon incertitude fut très-courte.

Il me sembla que, dans des cas semblables, la tolérance devait être bien plus grande que dans les cas ordinaires, et que, d'un autre côté, de petites doses ne rempliraient certainement pas le but que je me proposais. En conséquence, j'en prescrivis dix grains dans quatre onces d'émulsion de gomme arabique avec une once de sirop simple. Je fis prendre deux cuillerées de cette potion à la malade, qui les conserva; dix minutes après, deux autres cuillerées. Bientôt après qu'elle en eut pris six cuillerées, la moitié de la dose prescrite, des contractions assez énergiques commencèrent à se montrer, à la suite desquelles cette femme accoucha, en quelques instants, d'une petite fille assez robuste et bien portante.

Peut-être trouvera-t-on qu'il y a eu un peu de hardiesse de ma part à donner l'extrait de belladone à aussi haute dose ; mais comme je l'administrai moi-même, je n'avais aucune crainte: Quelques instants après l'expulsion de ce premier enfant, la malade accoucha d'une seconde fille avec facilité. Les suites de l'accouchement furent des plus naturelles, de sorte que l'extrait de belladone n'eut d'autre effet que de tirer rapidement cette femme des angoisses qu'elle éprouvait.

Obs. II. Le 15 mars 1853, je fus appelé pour assister dans son accouchement la nommée R. C., âgée de vingt-trois ans, primipare, femme bien constituée et d'un tempérament sanguin, qui avait été affectée pendant sa grossesse d'une synoque grave, avec gastro-entérite, pour laquelle on lui avait pratiqué plusieurs saignées. Depuis cette époque elle s'était bien portée, lorsque, dans la matinée du 15, elle fut prise des douleurs de l'accouchement. Douze heures s'étaient écoulées et l'accouchement ne se terminait pas. Je constatai, comme chez la malade précédente, une bonne position du fœtus, et le col encore très-peu dilaté. Les contractions utérines me paraissant trop faibles, je prescrivis aussitôt 8 grains d'extrait de belladone dans 4 onces d'émulsion, avec une once de sirop, et, pendant qu'on allait chercher la potion, je pratiquai une saignée à la malade. Une demi-heure après, les contractions avaient un peu augmenté de force. Je donnai deux cuillerées de la potion à la malade, en l'engageant à avoir du courage, et en lui affirmant que dans une heure elle serait délivrée. Dix minutes après les deux premières cuillerées, je lui en fis encore prendre deux autres, et pendant que je cherchais une cuiller pour lui en administrer encore deux autres, trente minutes après le commencement de la potion, la malade me pria d'attendre en me disant qu'elle était prise de violentes douleurs. Je n'eus que le temps de la recoucher. Deux violentes contractions la délivrèrent d'une petite fille, peu vigoureuse et peu développée, qui succomba en quelques jours, n'ayant pu prendre le sein.

L'expulsion du placenta suivit de très-près. La malade, très-inquiète, était devenue calme et ne se plaignait de rien. Les suites de l'accouchement furent naturelles et le rétablissement rapide.

Obs. III. Je fus appelé, le 25 juin 1853, à deux heures de l'après-midi, auprès d'une nommée B. C., âgée de trente-sept ans, qui avait déjà eu plusieurs couches faciles, et qui m'avait fait demander, précisément parce que celle-ci ne marchait pas comme les précédentes. Depuis vingt-quatre heures elle était tracassée par les douleurs, mais ces douleurs étaient assez faibles et revenaient par intervalle. La malade désirait être saignée. Comme le col était encore fermé et que, dans mon opinion, il convenait à la fois de ranimer les contractions utérines et de relâcher le col de l'utérus, je lui prescrivis une saignée, que l'on répéterait une heure et demie après, si les contractions ne se ranimaient pas.

Deux heures après, le mari de cette femme vint me rechercher ; les douleurs avaient peu augmenté depuis la seconde saignée, et l'accouchement n'était pas terminé. Je constatai, en effet, que le col de l'utérus était encore peu dilaté, et que la tête du fœtus était sentie à travers les parois utérines elles-mêmes. Croyant, par conséquent, le moment venu d'avoir recours à un moyen plus énergique pour réveiller les contractions utérines trop faibles, et bien que je ne pusse pas rester auprès de la malade, appelé que j'étais ailleurs par d'autres occupations, je lui prescrivis la même potion qu'à la précédente, avec 8 grains de belladone dans cinq onces de véhicule, en recommandant de lui en faire prendre deux ou au plus trois cuillerées toutes les dix minutes, jusqu'à ce que les contractions utérines eussent repris leur énergie, et je quittai la malade.

Le lendemain matin, en revenant la voir, je la trouvai parfaitement calme et allaitant son enfant. J'appris alors qu'après avoir ingéré environ les deux tiers de la potion, elle avait été prise de douleurs assez fortes, qui amenèrent la délivrance une demi-heure après la première prise du médicament, et depuis elle n'avait plus souffert.

De ces observations, et de beaucoup d'autres encore, toutes semblables, que je crois inutile de rapporter ici, il me semble résulter que dans beaucoup de cas on pourrait substituer l'extrait de belladone au seigle ergoté : 1° parce qu'il est plus agréable à prendre que le seigle ergoté ; 2° parce que les cas de vomissements spasmodiques, qui ne sont pas rares, empêchent l'absorption des médicaments, tandis que la belladone calme en même temps ces vomissements par ses propriétés anti-émétiques ; 3° parce que ce médicament paraît agir avec plus d'énergie et de promptitude que le seigle ergoté, dont l'action est toutefois plus prolongée ; 4° parce que les accouchées ne conservent pas, à

la suite de l'extrait, ces contractions utérines qui se prolongent quelquefois plusieurs heures et même plusieurs jours après l'accouchement, dans les cas où le seigle ergoté a été administré, bien que, à vrai dire, on puisse observer quelquefois ces contractions dans des accouchements où la malade n'a pris aucun médicament.

On comprend, du reste, sans que j'insiste beaucoup sur ce point, que l'extrait de belladone ne pourrait être employé dans tous les cas, et que son emploi trouve une contre-indication dans les maladies antérieures qui ont amené chez les femmes une diminution considérable dans les forces physiques, ou qui auraient été débilitantes par elles-mêmes, ainsi que dans les cas dans lesquels le col de l'utérus serait complétement fermé ; car, dans les cas dans lesquels il existe un commencement de dilatation et dans lesquels le fœtus se présente dans une position convenable, son emploi me paraît, au contraire, parfaitement indiqué.

J'appellerai, en terminant, l'attention sur cette circonstance particulière de la dose élevée d'extrait de belladone, que toutes les femmes ont pu prendre en peu de temps, sans aucun effet fâcheux, ce qui n'aurait certainement pas pu se faire en d'autres circonstances; et pour lever toute espèce de doute relativement à l'activité de l'extrait que j'ai employé, je dirai qu'ayant fait préparer des pilules de 1/8 de grain chacune, j'ai éprouvé, après avoir pris deux de ces pilules, un accablement insolite, avec besoin de rester assis ou couché, une soif assez vive, de la pesanteur de tête et un malaise général difficile à décrire, ce qui indiquait suffisamment l'activité de cet extrait. D. Soma, D. M.

à Magliano.

REMARQUES SUR DEUX CAS DE LUXATION EN DEHORS DU CALCANÉUM.

Lorsqu'on examine la situation du calcanéum et les rapports articulaires qu'il affecte avec les autres os du pied, on s'explique aisément la difficulté de ses déplacements sous l'influence du traumatisme. Cet os, en effet, présente deux articulations, l'une avec l'astragale, l'autre avec le cuboïde. La première est une double arthrodie qui se fait par un emboîtement réciproque solide ; un véritable ligament interosseux très-fort unit si intimement les surfaces calcanéo-astragaliennes, qu'il ne leur laisse qu'une mobilité très-bornée et les maintient en contact même après l'incision de toutes les parties molles. Du côté du cuboïde, le mode d'union est analogue : c'est aussi une arthrodie par emboîtement réciproque, dont les trois ligaments, courts et forts, ne permettent qu'un léger glissement à cette articulation. En outre, sans qu'il

existe des rapports osseux entre le calcanéum et le scaphoïde, nous voyons ces deux os unis par deux ligaments, dont l'inférieur est très-fort et d'une densité que M. Cruveilhier rapproche de celle des cartilages. Ajoutons enfin que le calcanéum sert d'attache au tendon d'Achille et à la plupart des muscles de la plante du pied, qui, par leur action opposée, concourent plutôt à maintenir qu'à détruire ses rapports normaux. D'un autre côté, si nous tenons compte du voisinage et de la mobilité bien plus grande de l'articulation tibio-tarsienne, nous verrons que c'est principalement sur elle que doivent agir les violences extérieures.

Il n'est donc pas étonnant que, de toutes les luxations, celles du calcanéum soient peut-être les plus rares. De mémoire de chirurgien à l'Hôtel-Dieu de Marseille, où ces sortes de lésions traumatiques sont assez fréquentes, on n'en citait pas d'exemples, lorsque, dans le courant de l'année dernière, nous eûmes l'occasion d'en observer deux cas, qui me paraissent dignes d'être connus.

M. Rognetta, qui a le mieux étudié ces déplacements, en a fait deux variétés : l'une qu'il désigne sous le nom de *luxation de l'avant-pied sur les deux premiers os du tarse*, et qui, d'après cela, pourrait être séparée des luxations du calcanéum; l'autre, au contraire, qui est la véritable luxation de cet os, et à laquelle se rapportent les deux faits qu'on va lire.

Un portefaix travaillait sur le pont d'un bateau de charge ; derrière lui et dans une position peu stable était une ancre, du poids de trente quintaux environ. A la suite d'une oscillation du bateau, celle-ci a glissé et est venue l'atteindre à la partie postérieure de la face externe du talon droit. A ce moment, cet homme avait les deux pieds écartés, le droit un peu plus en avant et retenu à son côté interne par un rebord saillant. Après la chute de l'ancre, ce pied s'est trouvé fixé entre elle et ce rebord, pendant que le corps de l'individu, obéissant à l'impulsion reçue, s'est penché fortement à gauche et fût tombé dans l'eau si un de ses compagnons ne l'eût retenu. Apporté à l'Hôtel-Dieu, et soumis à notre examen deux heures après l'accident, il nous a présenté les symptômes suivants :

Le cou-de-pied est le siége d'une déformation considérable.

En dedans et au-dessous de la malléole interne on sent la saillie que fait l'astragale articulée au scaphoïde. Ces os sont en place, rien d'anormal dans leur articulation et dans celle de la jambe et du pied, dont tous les mouvements sont possibles. En arrière de cette saillie, au point correspondant à la face interne du calcanéum, se trouve un creux où se logerait une grosse noix. Ce creux, au centre duquel la peau tiraillée

présente des plis, est borné en arrière par le rebord postérieur du calcanéum et le tendon d'Achille, qui proéminent en dedans.

En dehors du pied, dépression au-dessus de la malléole externe que masque le gonflement des parties molles, mais que l'on peut sentir profondément en déprimant fortement avec le doigt. Au-dessous d'elle et en dehors, éminence osseuse appartenant à la surface du calcanéum, qui s'articule avec l'astragale. Plus au-dessous d'elle sont deux autres saillies bien marquées : l'une supérieure, qui appartient à la grande apophyse du calcanéum; l'autre inférieure, au cuboïde. Cette dernière, située sur le bord externe du pied, offre plus d'un centimètre de hauteur et plus de deux de surface. Elle empêche de sentir la tête du cinquième métatarsien. Enfin l'examen le plus minutieux avant et après la réduction ne nous a pas révélé la moindre crépitation.

D'après ces symptômes, que le peu de gonflement nous permit de bien constater, il était évident que nous avions affaire à une double luxation en dehors du calcanéum et du cuboïde, celle du calcanéum incomplète, celle du cuboïde presque complète. La réduction fut facile : je la décrirai plus tard.

Essayons maintenant, d'après les circonstances qui ont amené la luxation et que nous avons fait connaître plus haut, d'apprécier le mécanisme de sa production. A la suite du choc qu'a subi la partie postérieure de la face externe du calcanéum, la tête antérieure de cet os a basculé en avant et en dehors, les ligaments calcanéo-cuboïdiens se sont rompus et cette tête s'est luxée. En même temps, le cuboïde s'est désenclavé et est venu faire saillie au côté externe du pied, placé qu'il était entre la résistance des quatrième et cinquième métatarsiens et la pression que lui faisait subir le calcanéum en se déplaçant. En outre, la projection subite du corps à gauche, d'après l'impulsion reçue, tandis que le talon est resté fixé comme je l'ai dit, a fait supporter tout l'effort de cette chute incomplète au ligament interosseux, qui s'est plus ou moins rompu. Alors les deux surfaces correspondantes de l'astragale et du calcanéum se sont en partie abandonnées, et l'astragale, toujours unie à la jambe, s'est placée à cheval sur la petite apophyse de la face interne du calcanéum. Enfin, si nous ajoutons qu'outre le mouvement de bascule déjà décrit du calcanéum, il a bien pu exister un mouvement de rotation de dedans en dehors, selon l'axe antéro-postérieur de cet os pendant que l'astragale et la jambe se portaient en sens contraire, il me semble que nous aurons à peu près tout dit sur le mécanisme de ce déplacement.

Peu de temps après ce fait, au mois de novembre 1852, un second s'offrit à notre observation. C'était un matelot napolitain qui reçut, sur

le côté *interne* de la jambe gauche et du pied, une grosse pièce de bois tombant d'une certaine hauteur. Voici quel était l'aspect du membre quatre heures après l'accident.

Absence de gonflement autour du cou-de-pied; gonflement léger en dehors, au niveau de la malléole, que l'on ne sent que profondément et en déprimant les tissus. Au-dessous d'elle est une saillie considérable, formée par les faces supérieure et externe du calcanéum. La partie antérieure et inférieure de cette tumeur est reconnue, à travers la peau, pour être la tête articulaire, qui s'unit au cuboïde qu'elle a abandonné et sur lequel elle fait saillie.

Au côté interne la malléole est nettement dessinée; on sent la face interne de l'astragale au-dessous d'elle, et, plus bas, le creux que j'ai déjà décrit, et qui est aussi bien caractérisé que dans l'observation précédente. — Intégrité des mouvements du pied sur la jambe; l'adduction et l'abduction sont seulement un peu douloureuses.

Des symptômes si conformes à ceux du premier fait nous firent reconnaître la même lésion, plus simple cependant; car, dans ce cas, le cuboïde était resté en place. Mais lorsqu'il s'agit d'en comprendre le mécanisme, la difficulté fut plus grande. Il était impossible de le rapporter à celui que j'ai décrit; car, dans ce second fait, le choc avait eu lieu, non en dehors et en arrière du calcanéum, mais bien sur sa face interne, après avoir effleuré celle de la jambe. Tout ce que nous pûmes savoir, de la part de ce Napolitain et de ceux qui l'entouraient, c'est que le choc de ce morceau de bois lui fit tourner fortement le pied en dehors, et que, pour éviter de tomber, il essaya, par un effort instantané, de porter le corps en sens contraire de l'impulsion, c'est-à-dire de gauche à droite, ce qui put bien ralentir la chute, mais ne l'empêcha pas de se produire sur le côté gauche. Si, d'après ces circonstances, il nous est permis de tenter l'explication du mécanisme de cette luxation, nous dirons que le résultat du choc sur la face interne du calcanéum a été de repousser cet os en dehors, et que la torsion du pied en ce sens et l'effort de l'individu en sens contraire, en se faisant sentir plus particulièrement dans l'articulation calcanéo-astragalienne, n'ont fait que faciliter la rupture du ligament interosseux et la séparation des surfaces articulaires.

La réduction de la luxation fut assez facile dans les deux cas. Voici comment y procéda le docteur Jourdan, qui la pratiqua chez les deux malades.

Un aide, saisissant la jambe à sa partie inférieure, fit la contre-extension, en exerçant des tractions de dedans en dehors; M. Jourdan, embrassant la pointe du pied d'une main et le talon de l'autre, tira en

sens inverse, c'est-à-dire de dehors en dedans. Dans le second cas, la paume de la main placée au talon fut appliquée sur la tumeur formée par le calcanéum, de manière à la repousser en avant. Cette pression, combinée aux tractions, rendit la réduction plus facile.

Dans le premier cas, après la rentrée du calcanéum, le cuboïde restait luxé ; mais il suffit de presser fortement, avec les deux pouces placés sur sa saillie, pour le remettre en place.

Les accidents consécutifs furent légers ; des compresses résolutives, maintenues sur le cou-de-pied pendant cinq à six jours, dissipèrent le gonflement et l'ecchymose, qui furent peu considérables. Vers le vingtième jour les malades purent commencer à marcher, et au bout d'un mois environ ils sortirent parfaitement rétablis.

On le voit, le diagnostic de la luxation en dehors du calcanéum, même compliquée de celle du cuboïde, n'offre pas une grande difficulté. Les saillies anormales de la face externe du pied, le creux sous-malléolaire de la face interne, l'intégrité de l'articulation tibio-tarsienne et la conservation de ses mouvements, cette espèce de torsion de l'axe antéro-postérieur du pied, enfin l'absence de toute crépitation, ne permettront guère de confondre cette lésion avec aucune autre. L'aspect du membre, en effet, quand il n'existe pas un gonflement trop considérable, est si frappant, qu'en présence du second fait nous soupçonnâmes tout d'abord ce déplacement. La facilité de la réduction et le peu de gravité de cette lésion, dans l'état de simplicité où nous l'avons vue, ressortent assez de la lecture de tout ce qui précède, pour qu'il soit inutile d'y revenir. Mais, d'après ces deux cas, qui ont été produits par une cause dont le mode d'action a été différent, sommes-nous autorisés à conclure que la luxation en dehors est plus fréquente que la luxation en dedans? Je crois que si nous considérons que le calcanéum, plus superficiel en dehors, est plus exposé à être atteint de ce côté, et que la tête de l'astragale articulée au scaphoïde doit, ainsi que les autres os du tarse, faire obstacle au passage en dedans de son extrémité antérieure, nous pourrons admettre cette conclusion, que confirment encore les deux faits que nous venons de citer. A. Dumas,

Interne à l'Hôtel-Dieu de Marseille.

REMARQUES SUR LA CACHEXIE IODÉE.

L'incertitude qui règne encore sur les résultats de l'emploi thérapeutique de l'iode, m'engage à vous adresser quelques renseignements sur la cachexie iodée, que j'ai observée quelquefois en Suisse, et sur les circonstances dans laquelle je l'ai vue se produire.

Ayant pratiqué la médecine alternativement en Suisse et en France,

j'ai été frappé de la grande rareté des accidents graves produits par l'emploi de l'iode à Paris, et de leur fréquence comparative dans la Suisse française. J'ajouterai que le peu de fois que j'ai eu occasion de les observer à Paris, cela a été, à une exception près, sur des personnes originaires du canton de Vaud ou de Genève.

Il répugnerait tout naturellement à l'esprit d'admettre comme cause une différence de nationalité et de race. Aussi, verrons-nous tout à l'heure que l'on n'a pas besoin de recourir à une supposition aussi problématique, pour expliquer le fait en question.

Dès 1819, les médecins génevois, et Coindet le premier, ont employé les préparations iodurées contre divers engorgements glandulaires, et contre celui de la glande thyroïde en particulier. De bonne heure on a noté des accidents graves, à la suite de l'emploi du nouveau médicament, que l'on attribuait à l'action irritante de la teinture d'iode, alors employée presque exclusivement à l'intérieur. Cependant, à la même époque, cette teinture employée sur une vaste échelle, par Lugol et Baudelocque, dans les hôpitaux de Paris, ne produisit point les mêmes accidents, malgré les hautes doses auxquelles elle fut administrée.

Lorsque, plus tard, l'iodure de potassium fut substitué, pour ainsi dire, à l'usage de la teinture d'iode pour l'emploi intérieur, les mêmes accidents ne se produisirent pas moins, malgré les doses timorées auxquelles, dans le principe, cette préparation fut mise en usage ; je dirai plus, que je les ai vus survenir à la suite de simples frictions avec la pommade d'iodure de potassium. Nous allons d'abord exposer, en quelques mots, en quoi consistent ces accidents, et chercher ensuite à en déterminer la cause.

L'état vraiment cachectique, ou plutôt le dépérissement, que produit dans quelques circonstances l'emploi, même le plus prudent, des préparations iodurées, débute par un sentiment d'agitation qu'éprouvent les malades. Ils sont inquiets, ils ont de la peine à concentrer leur attention, ils éprouvent un certain besoin de changer de place ; leur sommeil est agité, le pouls commence de bonne heure à s'accélérer, et on le voit successivement monter à 92, à 100, et jusqu'à 120 pulsations par minute. Quelques malades conservent l'appétit, chez d'autres il diminue ; la digestion est souvent lente et laborieuse ; il n'est pas rare de voir ces malades sujets aux palpitations et à l'essoufflement, sans que l'examen des voies circulatoires et respiratoires y fasse découvrir une lésion matérielle.

Un trait caractéristique enfin, qui complète ce tableau, est l'amaigrissement progressif des malades ; maigreur qui, dans l'espace de quelques mois, peut atteindre des proportions effrayantes. Cet état

arrive à son maximum, si l'on continue l'usage des préparations iodurées, malgré les premiers symptômes, l'agitation et l'accélération du pouls. Chez quelques malades, la soif a été un des symptômes dominants ; l'examen des urines, dans ces cas, ne révèle cependant point l'existence du sucre.

Cet état, malgré son apparente gravité, permet cependant de poser un pronostic favorable. Après une durée de trois à quatre et même de six mois, lorsque surtout on met les malades à la diète lactée, et qu'on leur prescrit le repos, une amélioration commence à se manifester dans l'état des forces et de l'embonpoint. L'agitation diminue et le pouls reprend peu à peu son rhythme normal. Cependant, souvent la santé des malades ne revient pas tout à fait au bon état qu'elle présentait avant le début de tous ces accidents.

En comparant, à présent, les affections nombreuses et variées dans lesquelles nous avons administré l'iode, nous devons dire que nous n'avons vu survenir les accidents que nous venons d'exposer, à une seule exception près, que dans les cas où un engorgement thyroïdien simple aurait réclamé l'usage de l'iode, et dans lesquels l'emploi du médicament a été promptement suivi de succès, en ce sens que la tumeur goîtreuse avait rapidement diminué de volume. D'un autre côté, j'ai employé les préparations d'iode chez beaucoup de malades scrofuleux, tuberculeux ou syphilitiques ; et, malgré les doses considérables auxquelles je l'ai souvent porté, je n'ai guère observé d'accidents chez les malades qui n'avaient point de goîtres.

Je serais donc porté à croire que c'est la trop prompte résorption des éléments hypertrophiques de la glande thyroïde, le rejet, brusque, pour ainsi dire, de ces matières étrangères dans le torrent circulatoire, qui produisent cet effet toxique; qu'il y a, en un mot, bien plutôt un empoisonnement thyroïdien qu'un empoisonnement iodé : et je ferai remarquer, à cette occasion, que, parmi les diverses tumeurs contre lesquelles on emploie l'iode, le goître simplement hypertrophique, lorsqu'il n'est pas encore creusé de kystes, ou parsemé de concrétions calciformes, est, sans contredit, celle sur laquelle les préparations iodurées exercent l'action la plus prompte, par rapport à la résorption. Dès lors, on comprend que la rareté des accidents iodiques, observés dans les pays de plaines dans lesquels le goître n'est point endémique, ait pu faire révoquer en doute la réalité de leur existence.

Voilà, mon cher confrère, le résumé de mes observations, sans ordre de faits, qui n'est point dénué, je pense, de tout intérêt pratique.

H. Lebert,
Professeur de clinique médicale à Zurich.

BULLETIN DES HOPITAUX.

Maladie du cœur, asphyxie par l'écume bronchique chez une femme enceinte; effets remarquables des applications du marteau Mayor; retour des accidents; avortement provoqué avec succès. — Il est, dans la pratique médicale, des circonstances dans lesquelles c'est seulement par des moyens extrêmes que l'on peut espérer arracher les malades à une mort qui semble certaine. L'observation suivante est un exemple remarquable des ressources que la thérapeutique offre aux médecins dans ces circonstances. Nous la publions, dans le désir de réhabiliter, autant qu'il est en nous, l'application ingénieuse que l'un des chirurgiens les plus ingénieux de notre siècle, Mayor, a faite de l'un de ces moyens à la médecine; et quant à la question, encore fort controversée, de l'avortement provoqué, hâtons-nous de dire que cette observation ne peut soulever aucune objection, puisque le fœtus était mort depuis plusieurs jours, au moment où l'honorable et savant confrère au service duquel nous empruntons cette observation a cru devoir recourir à cette ressource extrême.

Une femme de trente-sept ans, casquetière, la nommée Deltheil (Catherine), était entrée à l'hôpital Saint-Antoine, dans le service de M. Aran, le 5 juin (salle Sainte-Thérèse, n° 21), pour une gêne de la respiration, qui depuis trois mois l'empêchait de se livrer à aucun travail suivi. Cette femme était enceinte pour la quatrième fois et enceinte de six mois environ. Les trois premiers mois de sa grossesse s'étaient parfaitement bien passés; mais, depuis trois mois, elle avait été prise d'étouffements et de palpitations de cœur; elle avait eu, dans le courant du quatrième mois, deux crachements de sang. Enfin, trois semaines avant son entrée à l'hôpital, elle avait été prise, au milieu de la nuit, d'un accès de suffocation très-violent, dans lequel elle avait rendu une grande quantité d'écume bronchique, et qui avait duré une heure et demie.

Ce n'était pas, du reste, la première fois que des accidents analogues s'étaient montrés chez cette femme. Dans sa première grossesse, en 1847, elle avait éprouvé une oppression qui l'arrêtait quelquefois tout d'un coup au milieu de ses occupations, et qui, la nuit, l'obligeait à rester assise dans son lit; elle avait fait une fausse couche à six mois et demi. La seconde grossesse avait été d'abord accompagnée de vomissements répétés, et, plus tard, il était survenu des accès de suffocation qui se répétaient dès que la malade voulait se livrer à la marche ou à tout autre exercice violent; seconde fausse couche à huit mois. Enfin, si dans sa troisième grossesse la malade était arrivée à terme, ce n'avait

pas été sans accidents; les vomissements s'étaient prolongés pendant trois mois, mais la suffocation avait été moindre et les accès de dyspnée plus rares.

Cette femme avait encore eu d'autres maladies, une bronchite capillaire, une fluxion de poitrine, un rhumatisme articulaire et le choléra-morbus. Naturellement gênée de la respiration, elle avait déjà été traitée pour une maladie du cœur; aussi sa constitution portait-elle l'empreinte d'une grande détérioration. Elle était très-amaigrie; son teint était jaunâtre, et les pommettes couvertes d'arborisations vasculaires très-fines; la respiration était assez gênée, les battements du cœur précipités, et les bruits voilés par des râles sibilants et sonores. Néanmoins, rien, dans l'état de cette femme, ne semblait indiquer l'invasion d'accidents aussi graves que ceux qui devaient se montrer le lendemain matin.

Tout d'un coup elle fut prise d'anxiété respiratoire, accompagnée de sécrétion de mucus écumeux dans les bronches, et en une heure elle remplit six énormes crachoirs d'une écume rougeâtre et sanglante. Bientôt à la toux quinteuse et saccadée, qui amenait l'évacuation de ce mucus, succédèrent les symptômes de l'asphyxie, et, à la visite du matin, une heure après le début des accidents, M. Aran la trouva assise dans son lit, la tête fortement relevée par des oreillers, la face et les extrémités froides et cyanosées, la respiration haute et précipitée, le pouls misérable et presque insensible; une écume sanglante s'écoulait incessamment par l'une des commissures, par une espèce de régurgitation, et presque sans aucun effort de la part de la malade. Les sinapismes et les manuluves avaient été employés sans succès; la sœur et les assistants la regardaient comme morte; la malade elle-même demandait d'une voix éteinte qu'on la laissât mourir, tant elle souffrait de son anxiété respiratoire.

Par une inspiration heureuse, M. Aran songea au marteau de Mayor. N'en ayant pas sous la main, il fit plonger dans l'eau bouillante trois gros marteaux de serrurier, et ces marteaux servirent à faire quinze brûlures sur la poitrine, à la région épigastrique, et le long des attaches du diaphragme. La malade parut se réveiller, ouvrit des yeux grands et étonnés; le pouls redevint plus fort à la radiale, et la régurgitation sembla plus active. Une dose d'ipécacuanha et de tartre stibié (1,50 de l'un, 0,10 de l'autre), une potion vomitive au sulfate de cuivre (sirop d'ipéca, 150 gr.; poudre d'ipéca 4 gram.; sulfate de cuivre, 1 gram.) fut administrée dans les premières heures qui suivirent cette opération. Une seconde applicatiun des marteaux fut faite par l'interne de service, quatre heures après, et quinze brûlures furent

pratiquées ainsi sur la partie antérieure et postérieure de la poitrine. Nouvelle application du marteau, et treize brûlures, quatre heures après la seconde. Chacune de ces applications fut suivie d'une amélioration marquée ; néanmoins ce fut seulement à partir du moment où la malade eût rendu, par le vomissement, une grande quantité de mucus écumeux, à dix heures du soir, qu'elle fut véritablement hors de danger.

La nuit fut calme, et la malade put prendre un peu de repos. Aussi le lendemain était-elle dans un état bien différent de celui de la veille : la face était naturelle, la peau chaude, le pouls relevé, l'oppression médiocre ; cependant, comme il restait encore dans la poitrine des râles en abondance, M. Aran crut devoir prescrire un éméto-cathartique et un lavement purgatif. Ces moyens débarrassèrent les bronches, et, le 9 juin, la respiration était libre, il ne restait plus de râles. Malheureusement, les jours suivants, la sécrétion se reproduisit, et, malgré les vomitifs, les râles ne disparurent jamais que pour un jour ou deux, de sorte que la malade fut bientôt reprise de la gêne de la respiration, et obligée de rester assise sur le bord de son lit pour pouvoir respirer, et surtout pour pouvoir dormir.

Le 13 juin, cette femme annonça à M. Aran que, depuis quatre jours, elle ne sentait plus remuer son enfant, et l'auscultation vint confirmer l'assertion de la malade, puisqu'on ne retrouvait plus les battements du cœur du fœtus, que l'on avait parfaitement entendus le lendemain de son entrée à l'hôpital. Dès ce moment, M. Aran songea à la nécessité de l'avortement provoqué ; seulement, il crut devoir attendre les efforts de la nature, tant que l'état de la malade n'inspirerait pas de craintes plus sérieuses. Cette circonstance lui parut se présenter le 22 juin. Dans la nuit précédente, la malade avait été très-agitée, avait beaucoup toussé, et expectoré des mucosités écumeuses en abondance ; la respiration était précipitée, la poitrine remplie de râles, les membres inférieurs et la vulve fortement œdématiés.

Après s'être bien assuré que le fœtus était mort, M. Aran introduisit dans le vagin, en la guidant sur le doigt index de la main gauche, une sonde utérine ordinaire. Le col était ramolli et entr'ouvert. Aussi la pénétration de la sonde ne rencontra-t-elle aucune difficulté et ne produisit-elle aucune douleur. M. Aran la fit pénétrer jusqu'à la coche, qui indique la profondeur de la cavité utérine, et la retira après une ou deux minutes, sans aucune autre manœuvre ; elle était tachée de sang. Néanmoins il ne survint ni écoulement sanguin, ni écoulement aqueux, et les petites douleurs qui s'étaient montrées, un quart d'heure ou une demi-heure après l'opération, avaient entièrement disparu dans

l'après-midi. La nuit fut très-bonne, et, le 23, rien n'annonçait que le travail fût sur le point de s'établir. M. Aran commençait donc à regretter de n'avoir pas fait un décollement plus étendu, ou de n'avoir pas ponctionné les membranes; mais dans la soirée, vers dix heures, après une journée assez inquiète et assez agitée, les douleurs s'établirent, d'abord sourdes, puis de plus en plus vives, et, à une heure du matin, la malade avait avorté d'un fœtus bien développé, mais dont la coloration rouge brunâtre et le décollement de l'épiderme en beaucoup de points ne pouvaient laisser de doute sur la mort déjà ancienne. La malade ne perdit que très-peu de sang, et la poche des eaux dut être rompue artificiellement, pour donner passage au fœtus.

Dès que l'utérus fut débarrassé du produit de la conception, la malade se trouva soulagée, et elle put dormir deux heures couchée sur le dos. Néanmoins, le lendemain, elle avait repris sa position, assise sur le bord de son lit. A la visite du matin, le 24 juin, elle se trouvait très-fatiguée, mais l'essoufflement était moindre, la face plus calme, et il y avait un mieux être très-sensible. Le 25, cet état de calme se maintenait, et la malade commençait à avoir de l'appétit. Le sommeil reparaissait, et la gêne de la respiration était beaucoup moindre. Tout doit faire espérer, par conséquent, que la malade ne tardera pas à entrer en convalescence, après avoir échappé deux fois aux accidents les plus graves, par le fait de deux opérations dont la gravité était bien justifiée par ces mêmes accidents (1).

Du traitement mécanique des déviations utérines chez les anciens. — On néglige trop, de nos jours, la lecture des anciens auteurs, et l'on se prive ainsi de documents précieux. L'art n'a qu'à gagner à ces études rétrospectives de la pratique des médecins de l'antiquité. On demeure, en effet, frappé d'admiration en voyant qu'avec des notions anatomiques si incomplètes, ces observateurs aient pu rattacher les symptômes des maladies qu'ils observaient à leur cause véritable, et surtout poser, pour leur traitement, des principes qui servent encore de base à la thérapeutique moderne. Ainsi on voit, dans les ouvrages d'Hippocrate,

(1) L'importance de ce fait nous avait engagé à en parler immédiatement. Au moment de mettre sous presse, nous apprenons que les espérances que nous avions conçues, avec M. Aran, relativement à l'issue favorable de cette maladie, ne se sont point réalisées. La malade a succombé le lendemain de notre visite, le 26 juin, à une nouvelle congestion pulmonaire. Cette funeste terminaison ne change rien à ce que nous avons dit plus haut des effets remarquables du marteau Mayor et de l'avortement provoqué. (*Note du rédacteur en chef.*)

le célèbre auteur décrire les symptômes qui se rapportent aux déviations utérines; les douleurs lombaires, pubiennes, etc.; signaler la congestion qui succède à la suppression des règles comme cause, chez les vierges, du déplacement de l'organe ; nous lui voyons conseiller, dans ces cas, le décubitus avec élévation des membres inférieurs, moyen recommandé, en ces derniers temps, par M. le professeur Gerdy. Tandis qu'Hippocrate fait mention de la conception, comme un des modes de guérison chez les vierges, il conseille pour les femmes l'emploi d'une éponge, que l'on dirige en avant ou en arrière du col de l'utérus, suivant la direction vicieuse de l'axe de l'organe. Lorsque la rétroversion est considérable, Aëtius conseille, lui, de porter le pessaire dans l'intérieur du rectum, procédé dont M. Huguier vante les bons résultats. Il n'est pas jusqu'au traitement mécanique par les tiges intra-utérines qui ne s'y trouve largement mentionné; et de préférence à notre propre appréciation, nous préférons reproduire l'article que vient de publier, sur ce point, le savant traducteur des œuvres d'Hippocrate, M. Littré.

Il y a dans la Collection hippocratique, dit M. Littré, un ouvrage considérable, intitulé : « Des maladies des femmes, et des femmes stériles. » Il n'est pas d'Hippocrate, peut-être pas même d'un médecin de son école; pourtant il est d'un homme fort ancien et fort habile, et qui certainement avait beaucoup vu et beaucoup fait.

Ce praticien opérait couramment le redressement de l'utérus, par un procédé qu'il décrit ainsi : « Après les fumigations, on essaye de mettre les pessaires faits avec des bâtonnets du pin le plus gras; on les enduit avec de l'huile ; ils sont longs de six doigts, au nombre de cinq ou six, de forme conique, et un peu plus gros les uns que les autres ; le plus gros est comme le doigt indicateur, de même forme que ce doigt, plus mince par le bout, grossissant en allant vers l'autre extrémité. Ces bâtonnets seront aussi lisses et aussi ronds que possible, sans aucune écharde. On place d'abord le plus mince. Quand il est en place, la femme le tient tranquille, prenant garde qu'il en tombe. On n'enfonce d'abord que le bout, puis on l'engage de plus en plus, le faisant tourner et le poussant en même temps. Quand le petit bout est reçu, on s'arrête à ce petit bout, et la femme prend garde que le bâton ne tombe; puis on enfonce davantage de la même façon, jusqu'à ce qu'il soit entré de quatre doigts à l'intérieur de l'orifice utérin. Quand ce premier bâtonnet est ainsi reçu, on l'ôte pour substituer celui qui suit en grosseur, de manière que celui-ci soit en place avant l'affaissement de l'orifice, et quand cet orifice est encore droit et ouvert. Or, on réussira si on enlève l'un et met l'autre. Il faut aussi avoir une tige en plomb semblable, pour la forme, au bâtonnet le plus gros, mais creu-

sée à l'intérieur, pour pouvoir contenir quelque chose. La capacité en sera celle de la sonde pour les plaies. Afin que l'orifice de cette tente soit lisse et ne blesse pas, on la dispose comme le bout des bâtonnets. Quand la tente en plomb est prête, on l'emplit de graisse de mouton broyée. Cela fait, on ôte le bâtonnet, et on met en place le plomb ; si, mis en place, il cause de la chaleur, on le retire et on remet le bâtonnet ; on trempe le plomb dans l'eau froide, et on le replace après avoir ôté le bâtonnet. Il faut qu'il y ait toujours quelque chose en place : pendant le jour le bâtonnet vaut mieux, le plomb pendant la nuit. Si la femme veut se lever, qu'elle se lève, mais en ayant attention à ce que la tente reste en place ; et, en cas de déplacement, elle la remettra aussitôt. Si aucun des bâtonnets employés pour ces cas ne sont reçus, on les fera plus minces, jusqu'à ce que l'opération puisse s'accomplir. » (Des maladies des femmes, § 133.)

Et ailleurs, § 13, dans le traitement du cas où, par la faute de l'orifice utérin, le sperme n'est pas retenu : « Si l'orifice est très-fermé, on l'ouvrira avec les bâtonnets de pin et avec les plombs ; fumigation émolliente avec le fenouil ; purgation avec les pessaires, qui atténuent la matrice et en favorisent le redressement... Chez quelques-unes, l'orifice utérin est dévié et appliqué du côté de la hanche ; car c'est aussi un des empêchements pour la matrice de recevoir la semence. En ce cas, on fera les fumigations aromatiques ; après la fumigation, la femme, portant le doigt, écartera de la hanche l'orifice ; l'ayant écarté, elle le redressera avec les bâtonnets de pin et le plomb. »

§ 132 : « L'orifice utérin s'incline d'un côté et se porte vers la hanche ; c'est encore un empêchement à la moudification de la matrice, à la réception du sperme et à la génération... Éloignez de la hanche la matrice avec le doigt, puis la redressez avec les baguettes de pin et les sondes de plomb, car elle ne cède pas à une force qui s'exerce rapidement. »

Ouvrir l'orifice utérin contracté était une opération fréquemment pratiquée. On lit, *ib.*, § 158 : « Si l'orifice utérin n'admet pas le sperme, mais est dur et fermé, on applique le plomb pendant trois jours, après un bain chaud. » Et *ib.*, § 163 : « L'orifice utérin étant dur et contracté, l'ouvrir avec une sonde qu'on introduit, et avec le doigt semblablement. »

On introduisait des tentes dans l'orifice utérin. Ainsi, la matrice se durcissant et l'orifice devenant dur, § 157, il est dit : « Si la malade, se touchant, trouve souple l'orifice utérin, on y introduit une tente en lin écru, semblable à celle dont on se sert pour les empyèmes. On a trois de ces tentes ; la première est mince, la seconde un peu plus grosse, la plus grosse de la grosseur du petit doigt et longue de cinq doigts.

On les enduit de graisse d'oie, et on les applique, après une fumigation aromatique. »

On voit par ce qui précède quel était l'appareil dont se servait le médecin grec : des bâtonnets de bois de pin, très-polis, et des sondes de plomb de différentes grosseurs. Suivant lui, il importait de remédier aux déviations, et il se trouve ainsi de l'avis de ceux qui aujourd'hui regardent les déplacements comme causes et non comme effets des accidents.

Il attribuait aux déviations de l'orifice utérin le pouvoir de produire la stérilité ; et, en raison de cette opinion, il redressait et ouvrait l'orifice à l'aide de ses plombs, quand une femme, ne pouvant concevoir, avait le museau de tanche ou déplacé ou contracté. Ainsi, § 213, il indique comme causes de stérilité l'orifice utérin oblique et l'orifice utérin dévié du côté du siége. Dans le § 228, où il est question de la matrice qui s'amincit et de l'orifice qui devient raboteux et se fermé, ce qui empêche de concevoir, il conseille d'élargir avec la sonde l'orifice utérin et d'appliquer des plombs qu'on a amincis en raclant en forme de gland, et enduits de bile de bœuf.

Le § 217 est consacré aux causes de la stérilité. Il fait mention de celles qui dépendent de la lésion de l'orifice, de son obliquité, etc. « Quand la malade vient de prendre un bain et une fumigation, y est-il dit, ouvrir l'orifice utérin et le redresser en même temps, s'il en est besoin, avec une sonde de plomb, d'abord petite, puis plus grosse, si elle est reçue, jusqu'à ce que les choses paraissent en bon état ; tremper la sonde dans quelque préparation émolliente qui sera jugée convenable, et qu'on rendra liquide en la délayant. Les sondes seront creuses en arrière ; on les emmanchera dans des bâtonnets longs, et on s'en servira ainsi. »

Pour préparation à la conception, § 221, l'auteur, après quelques moyens préliminaires, recommande d'ouvrir la matrice avec cinq plombs préparés, longs de huit doigts : le premier est mince, le second est plus gros, et ainsi de suite ; de l'ouvrir pendant cinq jours ; de toujours mettre en place les plombs après un bain ; de les maintenir par un bandage attaché aux lombes, afin qu'ils ne tombent pas, et de les enfoncer de plus en plus avant, et le dernier aussi avant que possible.

Au reste, ce médecin n'hésitait pas à pousser des injections dans l'intérieur de la matrice, § 122, et d'y faire arriver des fumigations. Ainsi, § 11 : « Au moment d'aller auprès de son mari, la femme fera quelques fumigations aromatiques et astringentes ; la fumigation se fait par le couvercle et le roseau, et la femme, s'asseyant, la reçoit ; avant de

la recevoir, la femme se servira de la sonde de plomb, afin que la fumigation trouve ouvert l'orifice utérin. » Dans le § 133, il est encore question de fumigations qui vont dans l'intérieur de la matrice. « On fait asseoir la femme, et le bout du roseau est introduit dans l'orifice utérin... Cette fumigation remplit d'air l'utérus, le redresse et l'ouvre. »

Notre ancien praticien comptait beaucoup sur les fumigations utérines, qui, présentement, sont à peu près abandonnées, non-seulement pour remplir une foule d'indications spéciales, mais même pour soulever et redresser l'utérus. Dans la déviation de l'utérus vers l'ischion, § 134 : « On verse de la vieille urine bouillante dans un vase creux ; la femme s'asseoit sur ce vase, enveloppée de vêtements, pour que la vapeur ne se perde pas. Quand l'urine se refroidit, on y jette des pierres chauffées au rouge, et on continue la fumigation jusqu'à ce que la femme dise que sa vue s'obscurcit et qu'elle tombe en faiblesse. Après la fumigation, elle prend un bain chaud; puis, touchant avec le doigt, elle tire l'orifice utérin vers l'ischion sain. Quand elle annonce que l'orifice est droit, on administre une fumigation aromatique; on revient aux émollients, mais on y joint les plombs, qu'on emploie pendant trois jours. » Et § 13 : « Si la matrice est abaissée, on prescrit les vomissements, les fumigations fétides, jusqu'à ce qu'elle revienne à sa place. » Et ailleurs, De la Superfétation, § 32 : « L'orifice utérin s'entr'ouvre et se redresse sous l'action des fumigations. »

« Il serait possible que l'auteur eût raison et que certaines fumigations poussées jusque dans la cavité utérine fussent capables de redresser la matrice ; mais il se pourrait aussi que l'action en fût indirecte et que les fumigations guérissent les déviations en guérissant les lésions qui, suivant l'opinion de plusieurs, les produisent.

En général, ce médecin est constamment occupé à agir directement sur la matrice par des médicaments disposés en pessaires, à l'oindre de graisses médicamenteuses, à y diriger des fumigations. Il déploie pour tout cela beaucoup de ressources et d'activité. Le traitement chôme peu entre ses mains, mais la contension mécanique de l'utérus ne lui est pas familière, car ses pessaires, à lui, ne sont aucunement ce que nous entendons par pessaire : un instrument de formes diverses destiné à maintenir la matrice qui se déplace. Les siens sont faits avec un sachet de linge ou avec de la laine enroulée, où l'on met les substances et qu'on introduit à l'aide d'une plume. Il n'est parlé qu'une seule fois d'un pessaire contentif, et encore assez grossier. « On prend, dit l'auteur, § 149, une grenade, de la forme qui conviendra le mieux; on la perce par l'ombilic de part en part, on l'échauffe dans du vin tiède,

et, si rien ne s'y oppose, on l'enfonce aussi avant que possible; puis on serre avec une écharpe large, qui la reprend en dessous afin qu'elle ne glisse pas, mais que, restant en place, elle fasse son office. »

D'après ce qui vient d'être rapporté, notre vieil auteur, s'il pouvait assister à la séance de l'Académie, se rangerait du côté de ceux qui soutiennent le redressement utérin; apportant des procédés qui ont quelque chose de la rouille de l'antiquité, et qui n'en témoignent pas moins d'un esprit observateur et d'une main exercée : mais son livre est là, qui y assiste pour lui, et qui prendra sa part de l'arrêt dans une question où il n'est pas indigne d'être entendu.

Des pessaires médicamenteux et des injections intra-utérines chez les anciens. — Chaque jour nous voyons produire, comme nouveauté, des ressources thérapeutiques mises en usage par les médecins de l'antiquité. Puisque l'occasion se présente de jeter un coup d'œil rétrospectif sur la pratique des anciens, dans le traitement des maladies de l'utérus, nous terminerons en rappelant les passages d'Oribase, sur deux moyens signalés seulement dans les citations de M. Littré.

« Les pessaires, dit Oribase, s'appliquent uniquement à l'utérus. Il y en a de trois espèces : en effet, quelques-uns ramollissent, d'autres ont des propriétés astringentes, d'autres encore des propriétés apéritives. On se sert des pessaires ramollissants, quand l'utérus est enflammé, ulcéré, remonté, déplacé... On les prépare avec la cire d'Etrurie, de l'huile d'alcanna, de la graisse d'oie, etc. On a recours aux pessaires apéritifs, quand on veut provoquer les règles, en cas de rétention... Les cas où l'on emploie les pessaires astringents sont le contraire de ceux qui nécessitent l'application des pessaires apéritifs; car les premiers répriment l'écoulement des parties génitales de la femme, contractent l'utérus lorsqu'il est béant, et le repoussent quand il y a procidence; les ingrédients dont sont faits les pessaires astringents ont été énumérés auparavant, quand nous avons parlé des collyres et des pastilles. On donnera aux pessaires la consistance de marc d'huile, ou même une consistance un peu plus forte; ensuite on plongera dans le médicament de la laine pliée en deux, semblable à un plumasseau peu large de charpie, et on le portera contre l'orifice de l'utérus, *avec un long fil de laine qui pende en dehors,* pour faciliter l'extraction du pessaire. » Ce passage d'Oribase prouve que les pessaires médicamenteux que l'on a présentés, il y a quelques années, comme une nouveauté thérapeutique, ont une date plus ancienne, dans l'histoire de l'art, qu'on ne le pensait.

Voici, maintenant, le paragraphe du même auteur, sur les injections intra-utérines. « Nous administrons spécialement des injections dans l'utérus, dit Oribase, avec l'instrument fabriqué à cet effet, tandis que, dans la cavité qui le précède (le vagin), on fait des injections à l'aide d'un petit soufflet; mais les substances que l'on injecte, aussi bien dans l'utérus que dans le vagin, sont de la même espèce. Une injection peut resserrer, ramollir, etc., apaiser les douleurs, et elle produit ces effets en raison de la différence des ingrédients dont on la compose. Le médicament qu'on injecte doit être liquide, ou, tout au plus, plus épais que l'huile.

Il nous resterait maintenant à apprécier la valeur de ces diverses pratiques, et les ressources réelles que ces divers moyens fournissent au traitement des maladies de l'utérus ; cette appréciation viendra naturellement, lorsque nous aurons à résumer les résultats de la discussion qui se poursuit en ce moment devant l'Académie de médecine.

VARIÉTÉS.

Le mouvement du choléra se soutient dans des limites qui, sans être élevées, n'en sont pas moins importantes, et justifie ce que nous disions récemment que la marche du fléau déjoue toutes les prévisions. Le chiffre des admissions et de la mortalité dans les hôpitaux, et surtout le nombre des décès en ville, indiquent une grande persistance dans l'influence épidémique. Nous n'avons pas appris que le choléra ait fait invasion dans aucun autre département que ceux que nous avons indiqués dans notre dernier bulletin sanitaire.

L'Académie des sciences vient de procéder à la nomination d'un membre dans la section de médecine et de chirurgie, en remplacement de M. le professeur Roux; M. Claude Bernard, professeur de physiologie à la Faculté des sciences, porté le premier sur la liste de présentation, a été élu au premier tour de scrutin par 42 voix sur 51 votants.

La Faculté de médecine, appelée à former la liste de présentation pour la chaire de clinique chirurgicale, laissée vacante dans son sein par la mort de M. Roux, après la discussion des titres des candidats a adressé au ministre la liste suivante : 1° M. Jobert, de Lamballe; 2° M. Michon; 3° M. Richet. L'ordre d'inscription des deux premiers candidats a été conservé par le Conseil académique; quant à la troisième place, le nom de M. Gosselin a été substitué à celui de M. Richet.

Par un décret du 24 juin, rendu sur le rapport du ministre de l'instruction publique, l'Empereur a nommé M. Jobert, de Lamballe, professeur de clinique chirurgicale.

Nous avons la douleur d'annoncer la mort d'un des vétérans de la presse médicale parisienne. M. le docteur Fabre, rédacteur en chef de la Gazette

des hôpitaux, a succombé, le 25 juin, à une hémorrhagie cérébrale foudroyante, à l'âge de cinquante-sept ans.

La Société de chirurgie a procédé au renouvellement de son bureau pour l'année 1854-1855. Ont été nommés : Président, M. Huguier ; vice-président, M. Gosselin ; secrétaire, M. Follin ; vice-secrétaire, M. Verneuil ; trésorier, M. Houel ; archiviste, M. Giraldès ; secrétaire général, M. Marjolin.

La Société de médecine de Bordeaux vient d'adresser à M. le professeur Forget, de Strasbourg, le diplôme de membre associé. « Ce titre, que la Société réserve à ceux qui, pendant une longue carrière, ont rehaussé le mérite de leurs travaux par un noble caractère... », ne pouvait être conféré à un plus digne confrère. Les lecteurs du *Bulletin* partageront, à cet égard, l'opinion de la Société de médecine de Bordeaux.

La Société de médecine de Toulouse rappelle qu'elle a proposé, pour sujet de prix pour 1855, la question suivante : « De la glucosurie, de son siége, de sa nature, de ses causes, de son traitement. » Le prix est de 300 fr. Les mémoires doivent être adressés, avant le 1er janvier prochain, à M. Aug. Dapier, secrétaire général de la Société, à Toulouse.

Le Conseil impérial de l'instruction publique vient d'être chargé par le ministre de préparer les règlements d'organisation des Facultés et des Ecoles préparatoires de médecine. Au nombre des bonnes mesures que renfermeront les futurs règlements, on doit placer la réorganisation, sur une plus vaste échelle, des écoles secondaires les plus importantes, celles de Lyon, Bordeaux, Toulouse, par exemple ; puis l'obligation, pour les officiers de santé, de se faire recevoir dans une Faculté ou dans une Ecole préparatoire. La conséquence de cette dernière mesure est la suppression des jurys médicaux, mais elle n'entraînera pas, comme on l'a dit, l'abrogation de la loi qui interdit aux officiers de santé de n'exercer la médecine que dans un seul département. Ces prochaines modifications doivent être l'objet d'un décret : or, un décret ne peut abroger une loi.

L'Institut de Valence (Espagne) a décerné le prix proposé pour 1854 à M. le docteur Désiré Joulin. La question était celle-ci : « Les productions accidentelles nommées tissus squirreux, encéphaloïdes, colloïdes et la mélanose. » Ce prix consistait en une médaille d'or, avec le titre de membre de mérite de l'Institut.

La distribution des prix des élèves sages-femmes a eu lieu le 25 juin, à l'hôpital de la Maternité, sous la présidence de M. le professeur P. Dubois. Le premier prix a été remporté par Mlle Monnier, élève aux frais du département de Seine-et-Oise, qui a obtenu, en outre, quatre autres nominations.

Pour les articles non signés, E. DEBOUT.

TYPOGRAPHIE HENNUYER, RUE DU BOULEVARD, 7. BATIGNOLLES.
Boulevard extérieur de Paris.

TABLE DES MATIÈRES

DU QUARANTE-SIXIÈME VOLUME.

A.

D.

E.

FIN DE LA TABLE DU TOME QUARANTE-SIXIÈME.